= Salvino & Soares =

VADEMECUM
do Interno de Medicina

"O Manual de Sobrevivência do Interno"

Autor: Dayson Henrick Salvino Pereira
Co-autor: José Alfreu Soares Júnior

Prefácio

Prezado Colega,

Escrever um livro não é uma tarefa fácil. É necessário inspiração, dedicação e disciplina. Mais do que isso, deparei-me com um desafio: como desenvolver um livro diferente, que seja apropriado para uma consulta rápida, que seja prático, mas que ainda assim, não abandone o caráter científico? Durante o meu internato achei a solução. Conheci o Prof. Carlos Rafael Monção, professor do internato do Instituto de Ciências da Saúde – ICS, na Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, MG. Ele conseguia transmitir para seus alunos, anos de estudo e experiência clinica, resumidos em kit's de atendimento, que, de tão bem sistematizados, faziam com que a Medicina, parecesse mais leve. Começa aí uma longa jornada...

Esse manual <u>NÃO</u> tem como objetivo, substituir a leitura do livro texto. Deve ser utilizado apenas como um lembrete, após a matéria devidamente estudada nos livros de referência.
Assim como, <u>NÃO</u> se destina ao atendimento em pediatria. A maioria das drogas foi calculada para o paciente adulto.

A idéia, aqui proposta, é apresentar de forma rápida, prática e até bem humorada, condutas do dia a dia nos pronto-socorros e ambulatórios. Com várias dicas e métodos mnemônicos, busco facilitar a vida do interno de Medicina, esclarecendo de forma bastante objetiva as dúvidas mais comuns que compartilhamos enquanto acadêmicos.

O nome VADEMECUM, vem do latim e quer dizer "vem comigo" ou "fica comigo", o que traduz bem a intenção da criação desse manual, desenvolvido para estar "sempre a mão" quando necessário, no caso específico, nas maletas dos estudantes do internato médico.

Através da leitura do mesmo você vai descobrir que "para quase tudo na vida existe um kit de sobrevivência".

Bom proveito:
Dayson Salvino

*Para um constante aperfeiçoamento, envie sugestões, críticas e correções para "vademecumdointerno@gmail.com" que irei analisar.

Fique Atento quando ler:
<u>O pulo do gato</u>: é uma dica útil ou um método mnemônico
<u>É bomba</u>: é um cuidado de grande relevância, necessário ser observado

Agradecimentos

“Agradeço a Deus pela oportunidade de estar em uma área tão nobre quanto a medicina, que nos permite amenizar o sofrimento humano.
A minha querida esposa Fernanda que caminha sempre ao meu lado nessa jornada.
Ao professor Carlos Rafael pela relevante colaboração nessa obra.
A todos os colegas e professores que contribuíram para realização desse trabalho.“

DAYSON HENRICK SALVINO PEREIRA

Agradecimentos

"Agradeço primeiramente a Deus, médico dos médicos, que com seu poder, criou todas as células, tecidos, órgãos e sistemas e me deu a oportunidade de conhecer e enteder um pouco sobre o corpo humano. Agradeço meus pais, porque eles me deram todo apoio e forças para conseguir adquirir meus conhecimentos; à Isabela, minha noiva, que estuda comigo e sempre tem me ajudado. E, não poderia deixar de citar, Dayson, companheiro de guerra, que me deu a oportunidade de estar, juntamente com ele, montando esta literatura que, em boa parte, é fruto de nossos estudos e amizade."

JOSE ALFREU SOARES JUNIOR

Sumário

Capítulo 1: Exames Complementares

Kit Exame de Sangue

(Valores de Referência / Significado / Dicas para memorizar)
IMPORTANTE: Os valores de referência podem divergir entre laboratórios diferentes. Alguns valores foram aproximados para facilitar memorização.

Kit Eritrograma

***Hemoglobina (HB)** ≅ 12 (Referência 12 – 16)
***Hematócrito (HTC)** ≅ 36 (Referência 3x HB)
Se ↓, pensar em anemia – (Ver "Kit Anemia" no Capítulo de Hematologia)
Se ↑, pensar nas causas de policitemia, como tabagismo, DPOC, tumor secretor de EPO, policitemia vera ou espúria

***VCM** (Referência 80 – 100)
Se ↑, pensar em anemias megaloblástica, com reticulocitose, sideroblástica adquirida, síndrome mielodisplásica, hipotireoidismo, etilismo crônico, hepatopatias, AZT
Se ↓, pensar em anemias ferropriva em fase + avançada, inflamatória, sideroblástica hereditária ou talassemias
Se normal: anemias ferropriva, inflamatória, aplásica, endocrinopatias, IRC, hepatopatias
Importante, sempre avaliar anemia associada – (Ver "Kit Anemia")

Kit Leucograma

***Global de Leucócitos (GL)** (Referência 5.000 – 10.000)
Se ↑, pensar em infecção, sepse, anemia falciforme, dçs mieloproliferativas
Se ↓, pensar em sepse, infecções virais (como o dengue), alguns quimioterápicos

Diferencial de Leucócitos:

***Linfócitos (L∅)** (Referência 10 – 50)
Se ↑, pensar em infecções virais, tuberculose, coqueluche, tireotoxicose, insuficiência supra-renal, LLC
Se ↓, pensar em sepse, AIDS, diversas imunodeficiências congênitas, corticoterapia, anemia aplásica, LES, linfomas

***Monócitos (M∅)** (Referência 5 – 10)
Se ↑, pensar em tuberculose, calazar, malária, doença de Crohn, sarcoidose, colagenoses, leucemias mielóides, síndromes mielodisplásicas, linfoma, endocardite bacteriana subaguda
Se ↓, pensar em corticoterapia, stress, infecções, anemia aplásica, leucemias agudas, terapia imunossupressora

***Eosinófilos (E∅)** (Referência 1 – 5)
Se ↑, pensar em processos alérgicos ou “↑ imunidade”: asma, angeíte de Churg-Strauss (auto-imune), parasitoses intestinais (fezes dos parasitas ↑ antigênicas), insuficiência supra-renal (↓ cortisol, “↑ resposta imune”), leucemia eosinofílica, dç de Hodgkin, síndrome hipereosinofílica idiopática, síndrome eosinofilia-mialgia
Se ↓, pensar em eosinopenia causada por estresse, como infecções ou pelo uso de glicocorticóide

***Basófilos (B∅)** (Referência 0 – 1)
Se ↑, pensar em LMC, leucemias basofílicas, algumas reações de hipersensibilidade e pós-esplenectomia

***Neutrófilos**

*Segmentados	40 - 50
*Bastonetes	1 - 5
*Metamielócitos	0
*Mielócitos	0

Se ↑, pensar em infecções bacterianas, fúngicas e, às vezes, viral; uso de corticóide ou de G-CSF; AINE; exercício físico vigoroso; trauma; paraneoplásica
Se ↓, pensar em quimioterapia, Sd. de Felty, AR, LES, anemia aplásica, anemia megaloblástica, drogas, neutropenia idiopática, Sd. de Chédiak-Higashi

O pulo do gato
O que é “Desvio a Esquerda”?
É quando há ↑ de bastões, metamielócitos e/ou mielócitos (Células jovens liberadas em infecção aguda, bacterianas ou fúngicas)

O pulo do gato

Valores de Referência de Leucócitos
"BEM LiNear"
Método Mnemônico por Dayson Salvino

B	Basófilo	0 - 1
E	Eosinófilo	1 - 5
M	Monócito	5 - 10
Li	Linfócito	10 - 50
Near	Neutrófilo	50

Kit Coagulograma

***Plaquetas (PQT)** (Referência 150.000 – 400.000)
Se ↑, pensar em Doenças mieloproliferativas, anemia ferropriva, doença de Still ou elevação acompanhando proteínas de fase aguda
Se ↓, pensar em dengue, LES, HIV, drogas, hiperesplenismo, PTI, PTT, CIVD, SHU, próteses valvares, CMV, pós-transfusional, hiperesplenismo, anemia megaloblástica, anemia aplásica

***TAP** (Referência 12 - 15'')
Se ↑, pensar em CIVD, fibrinólise primária, uso de cumarínicos (é o teste para ajuste de dose dessas drogas). É normalmente a primeira das provas de função hepática a se alterar na insuficiência hepática aguda ou crônica

O pulo do gato
Para memorizar:
TAP avalia fatores da VIA EXTRÍNSECA
"TAP" lembra "TAMPA", fica do lado de fora: EXTRÍNSECO!!
É uma via mais rápida que a Intrínseca: "Explosiva" = Rápida

***PTT ou PTTa** (Referência 25 – 40'')
Se alterada pensar em uso de Heparina não Fracionada (Liquemine®), nas hemofilias, CIVD e na deficiência do complexo protrombínico

O pulo do gato
A SAAF, apesar de ser um estado de hipercoagulabilidade, prolonga o PTT in vitro!!

O pulo do gato

Para considerar um paciente anticoagulado em uso de Heparina não Fracionada (Liquemine®), o PTTa tem que está em 1,5 - 2,5x o controle (“PTTa basal” do paciente antes do uso da heparina)

***Tempo de Coagulação** (Referência 5 – 10’)
Método obsoleto, em desuso com ↓ sensibilidade e ↓ especificidade (NÃO avalia a via acometida)

***Tempo de Sangramento** (Referência < 7’)
Se ↑, pensar em trombocitopenias, distúrbios da função plaquetária e fragilidade capilar

***RNI** (Referência 1,0 – 1,5)
Útil no controle de coagulação dos usuários de Varfarin (Marevan®).
É considerado anticoagulado o paciente com RNI entre 2 – 3 (Ver tabela de ajuste do RNI em Kit TVP / TEP)

Kit Colesterol Total e Frações

***Colesterol Total** (Referência < 200)
Importante avaliar as frações e triglicerídeos

***Triglicerídeos** (Referência < 150)
Se ↑, pensar em risco cardiovascular elevado
Se ↑↑↑ (> 400), pensar em pancreatite aguda

***LDL** (Referência < 100)
Pela diretriz brasileira 2007, pacientes com aterosclerose, o alvo é 70 !!
Manter o LDL no nível ótimo (<100), sub-ótimo (100 – 129) ou limítrofe (130 – 160) de acordo com o risco cardiovascular

***HDL** (Referência > 50)
Possui ↑ densidade, por isso não atravessa as artérias. Quanto + HDL, - LDL (colesterol de < densidade) pois utilizam o mesmo substrato, daí ele ser considerado BOM COLESTEROL (**“H”** de **H**erói, pois “combate” o colesterol ruim, capaz de atravessar as artérias)

O pulo do gato

Para memorizar os valores:
Múltiplos de 50 (HDL > 50, LDL < 100, Triglicerídeos < 150, Total < 200)
Pra facilitar, ainda mais: Total: é o que tem + (200). TRIglicerídeos: TRI é 3, ou seja 3x 50 (150). HDL: é + denso, fica + embaixo (50)

Kit Marcadores Hepáticos e Pancreáticos

***TGP ou ALT** (Referência 10 – 40)
Se ↑, pensar em lesão hepática parenquimatosa (é + específica que a TGO)
Se ↑↑↑ (> 1.000), pensar em 3 causas: hepatites viral, isquêmica, ou por uso de Paracetamol (muito comum!!)

***TGO ou AST** (Referência 10 – 40)
Se ↑, pensar em lesão hepática parenquimatosa
Se relação TGO/TGP 2/1 ou >, pensar em dç hepática e /ou sistêmica associada: hepatite alcoólica (dç sistêmica), evolução para cirrose, doença de Wilson ou hepatite por Dengue (dç sistêmica), IAM, pancreatite aguda

O pulo do gato
Para memorizar:
TG**P**: **P**róprio fígado ou A**L**T: **L**obos do fígado
TG**O**: **O**utros lugares ou A**S**T: **S**istêmico

***FA (Fosfatase Alcalina)** (Referência 30 – 130)
Se ↑, pensar em dçs que levam a COLESTASE: lesões hepáticas que ocupam espaço
(metástases, tumores, granulomas, abscessos), ou doenças infiltrativas do fígado (amiloidose), hepatites (principalmente as colestáticas)
Se ↑↑↑, pensar em dçs ósseas: dç Paget, osteomalácia, metástases ósseas (principalmente blásticas) e TU ósseos

O pulo do gato
Para memorizar: **“Colestase” Alcalina**

***GamaGT** (Referência 8 – 80)
Se ↑, pensar basicamente nas mesmas situações hepáticas que ↑ a FA
NÃO se ↑ nas lesões ósseas (FA elevada + GamaGT normal = provável lesão óssea)
GamaGT pode servir como marcador de etilismo

O pulo do gato
Para memorizar: **“Cana” GT: Marcador Alcoolismo**
Pra memorizar referência: Não existe uma pessoa “meio alcoólatra”, ou é 8 ou 80.

***Bilirubinas Totais (BD + BI)** (Referência 0,3 – 1,3)
Associado a icterícia. Importante avaliar as frações.

***Bilirubina Direta (BD)** (Referência 0,1 – 0,4)Se icterícia com predomínio de BD, pensar em colestase ou lesão hepatocelular.
Afastadas dçs que levam a colestase ou lesão hepatocelular, pensar em síndromes de Dubin-Johnson e do Rotor.

***Bilirubina Indireta (BI)** (Referência 0,2 – 0,9)
Se icterícia com predomínio de BI, pensar em hemólise, eritropoese ineficaz ou síndrome de Gilbert.

O pulo do gato
Para memorizar:
BD: já está conjugada, ou seja, já foi processada no fígado para ser eliminada. Pensar em causas de **D**entro do fígado (lesão hepatocelular) , ou de **D**epois do fígado (colestase)

***Lípase** (Referência < 50)
Se ↑, pensar + fortemente em lesão pancreática (+ específica que a amilase para lesão pancreática)
Pode ↑ também em outras condições inflamatórias intra-abdominais (menos que amilase).
Se ↑ > 2 semanas após pancreatite aguda, pensar em pseudocisto.
Sempre avalia-la junto com a amilase.

***Amilase** (Referência < 100)
Se ↑, pensar em pancreatite, TU de pâncreas, parotidite, também na IRC, grandes queimados, CAD e abdome agudo de outra etiologia (principalmente IEM e úlcera péptica perfurada).

O pulo do gato
O que é macroamilasemia? É qdo uma Ig se liga a amilase, não permitindo a sua filtração no glomérulo.
Resultado: amilase ↑↑↑ no soro e ↓↓↓ na urina . Na pancreatite aumenta a amilase dos dois.

Kit Íons e Gases

***Na+** (Referência 135 – 145)
Se ↑, pensar em diabetes insipidus, uso de manitol, diuréticos de alça, hiperaldosteronismo
Se ↓, pensar em uso de tiazídicos, hipovolemia, ICC, cirrose, SIAD, insuf. supra-renal, potomania

***K+** (Referência 3,5 – 4,5)
Se ↑, pensar em insuficiência renal; acidose; hipoaldosteronismo; insuficiência adrenal primária; drogas retentoras de K+ (espironolactona, iECA); hemólise maciça.
Se ↓, pensar em alcalose metabólica; diarréia, (ístulas digestivas ou vômitos: tiazídicos ou diuréticos de alça; ATR tipo I e II; hiperaldosteonismo; poliúria; hipomagnesemia; estenose da artéria renal; insulina: beta-agonistas; hipotermia

***Ca++** (Referência 8,5 – 10)
Se ↑, pensar em hiperparatireoidismo primário ou terciário; malignidades; dç granulomatosas; hipervitaminose D; ↑ da reabsorção óssea (hipertireoidismo); Sd leite-álcali
Se ↓, pensar em hipoparatireoidismo; hipomagnesemia; deficiência de vit. D; Sd do “osso faminto” (pós-paratireoidectomia); quelantes de cálcio
Ca++ corrigido: Aumentar em 0,8 o valor do Ca++ para cada 1,0mg que a albumina estiver abaixo de 4mg/dL

***Fósforo** (Referência 3,5 – 4,5)
Se ↑, pensar em insuficiência renal; hipoparatireoidismo; hipercalcemia; hiper ou hipomagnesemia severas; acromegalia; acidose metabólica; rabdomiólise; hemólise severa
Se ↓, pensar em hiperparatireoidismo primário ou secundário; hiperglicemia, alcalose ou uso de catecolaminas; Sd do “osso faminto”; SHU; hiperaldosteronismo; alcoolismo; hipomagnesemia

***Mg** (Referência 1,5 – 2,5)
Se ↑, pensar em insuficiência renal ou iatrogenia
Se ↓, pensar em diarréias, diuréticos tiazídicos ou de alça, aminoglicosídeos, anfotericina B, etilismo crônico, Sd do “osso faminto”

***Cl** (Referência 102 – 109)
Se ↑, pensar em desidratação, ATR, perdas digestivas de HC03, IRA, excessiva reposição do íon por hidratação venosa ou alimentação parenteral
Se ↓, pensar em hiperidratação, perdas excessivas de cloro por via gastrointestinal, acidose metabólica com anion gap aumentado, nefropatias perdedoras de sódio e SIAD

***Bicarbonato** (Referência 22 – 26)
Se ↑, pensar em hipocalemia, hiperaldosteronismo, hipercortisolismo, uso de iECA, compensação de acidose respiratória crônica; hipovolemia; uso de diuréticos; vômitos; adenoma viloso do cólon
Se ↓, pensar em insuficiência renal e supra-renal; acidose lática; CAD; rabdomiólise; intoxicação por etilenoglicol, metanol e salicilatos; ATR; hipoaldosteronismo; diarréia

***pCO_2** (Referência 35 – 45)
Se ↓, pensar em dor, ansiedade, febre, sepse, hipóxia, compensação de acidose metabólica, crise asmática, estimulação do centro respiratório por outra causa
Se ↑, pensar em obstrução de grandes ou pequenas vias aéreas, dçs neuromusculares, sedação, torpor / coma, Sd de Pickwick, compensação da alcalose metabólica

***pO_2** (Referência > 60)
Se ↓, pensar em condições que piorem a troca pulmonar, causando efeito shunt (pneumonias, EAP), distúrbio V/Q (asma, DPOC, TEP), hipoventilação (neuropatias, depressão do centro respiratório), shunt direita-esquerda (tetralogia de Fallot), anemia grave, intoxicação por CO

***pH** (Referência 7,35 – 7,45)
Se ↑, pensar em
alcalose metabólica: hipovolemia, hipocalemia, hipercortisolismo
alcalose respiratória: hiperventilação (dor, febre, ansiedade, TEP)
Se ↓, pensar em
acidose metabólica: acidose lática, rabdomiólise, cetoacidose diabética, ATR
acidose respiratória: obstrução de vias aéreas, dçs neuromusculares

***Lactato** (Referência Art. 0,5 – 1,6; Ven. 0,63 – 2,44)
Se ↑, pensar em sepse, choque, isquemia mesentérica, insuf. hepática, hipoxemia; acidose por anti-retrovirais ou metformina; neoplasia maligna, acidose D-lática.

<u>O pulo do gato</u>
Para memorizar os valores:
Lembrar de “**35”** e “**45” (** *K **3,5** a **4,5**; *Fósforo **3,5** a **4,5**; *****Na 1**35** a 1**45**; *pCO_2 **35** a **45**; *pH 7,**35** a 7,**45**)

Kit Função Renal

*** Uréia (UR)** (Referência < 40)
Se ↑, pensar em insuficiência renal, dieta hiperprotéica, hemorragia digestiva e infecções

***Creatinina (CR)** (Referência < 1,2)
Se ↑, pensar em insuficiência renal. É mais fidedigna que a uréia como indicador de função renal. Em idosos, sempre calcular o clearance de creatinina, que pode ser baixo apesar de uma creatinina normal

Kit Exames em Endócrino, Marcadores de CA e Outros

***Tireoglobulina** (Referência < 70 pacientes com tireóide; < 1 tireoidectomizados)
Se ↑, pensar em tireoidites, CA de tireóide, hipertireoidismo, ou após palpação vigorosa da glândula
Principal utilidade: seguimento de CA pós-tireoidectomia (tem que está abaixo de 1)

***TSH** (Referência 0,45 – 4,5)
Se ↑, pensar em hipotireoidismo primário ou hipertireoidismo secundário
Se ↓, pensar em hipertireoidismo primário ou hipotireoidismo secundário ou terciário
Fundamental no diagnóstico de disfunções tireoideanas e o grande exame no seguimento, para ajuste de doses de reposição hormonal

***T4 Livre** (Referência 0,7 – 1,5)
Teste mais fidedigno para medir a atividade hormonal tireoideana, em relação ao T4 e T3 total.

***Cobre** (Referência 70 – 150)
Se ↑, pensar em doenças auto-imunes, neoplasias, anemias, infecções como febre tifóide e tuberculose, hemocromatose, cirrose biliar, talassemia e IAM
Se ↓, pensar em Doença de Wilson (principal causa, de longe)

***Chumbo** (Referência < 40)
Se ↑, pensar em intoxicação por esse elemento (só dosa se houver suspeita de intoxicação), principalmente em grupos de risco de exposição ocupacional (fabricação de plásticos, baterias de automóveis, funilaria de automóveis)

***PSA** (Referência < 4)
Útil em screening CA de próstata
Níveis > 50ng/ml predizem um risco ↑↑ de Mx à distância
Os "refinamentos de PSA" podem tornar o PSA + especifico
Importante: O PSA não substitui o exame físico convencional.

***α-fetoproteina** (Referência < 15)
Marcador de hepatocarcinoma e tumores testiculares

***CA-125** (Referência < 35)
Marcador de CA de endométrio e, principalmente, de ovário, especialmente na pesquisa de recidivas pós-tratamento. Não tem valor diagnóstico, e pode se elevar em outras neoplasias e até mesmo na endometriose

***CA-19.9** (Referência < 37)
Esse marcador é usado principalmente no CA de pâncreas. Níveis acima de 300U/ml indicam maior probabilidade de que o tumor seja irressecável. Útil também no acompanhamento de recidivas. Pode aumentar também no LES, AR, esclerodermia e cirrose.

***CA-15.3** (Referência < 28)
Útil no seguimento após tratamento do CA de mama. Pode estar elevado também no CA de pulmão, ovário e pâncreas, e ainda em hepatopatias.

***CEA** (Referência Fumates < 5; Não Fumantes < 3;)
Muito usados no seguimento pós-tratamento do CA colorretal. Não tem indicação no diagnóstico.

***β-HCG** (Referência Indetectável ou desprezível em não gestantes)
A principal aplicação é no diagnóstico de gravidez, mas pode ser usada no diagnóstico de neoplasias trofoblásticas gestacionais e alguns tumores de testículo.

***Calcitonina** (Referência < 10)
A calcitonina está elevada no carcinoma medular da tireóide. Estudos estão em andamento tentando validar a pró-calcitonina como marcador de infecção (talvez o melhor existente).

***Paratormônio** (Referência 10 – 60)
O PTH se eleva em resposta à hipocalcemia (ou hiperparatireoidismo primário) e se reduz em resposta à hipercalcemia. Na IRC, níveis aumentados de PTH apontam hiperparatireoidismo secundário ou terciário. Cada estágio de IRC tem seu PTH-alvo.

***Prolactina** (Referência < 20)
Dosagem usada no seguimento pós-op de tumores hipofisários ou na investigação de disfunção erétil, galactorréia ou amenorréia. Prolactinomas geralmente cursam com níveis acima de 100ng/ml

***Testosterona** (Referência ♀ 8 – 80; ♂ 280 – 800)
A testosterona é solicitada na investigação de hipogonadismo em homens, e virilização/hirsutismo em mulheres.

***Eritropoetina** (Referência 4 – 24)
Reduz-se na insuficiência renal e tem papel na investigação de anemias e policitemias. Nas policitemias, o achado de EPO baixa é diagnóstico de policitemia vera, enquanto valores aumentados nos fazem pensar em causas secundárias de policitemia (como doença pulmonar ou síndrome paraneoplásica).

***Cortisol Sérico** (Referência Sem supressão 5 – 25; Com teste de supressão com Dexametasona < 5)
Valores aumentados (ou não suprimidos) indicam a continuação da investigação para síndrome de Cushing. O teste que se segue à supressão com dexametasona 1mg é mais fidedigno. Colher entre 7-9h

***ACTH** (Referência 6 – 76)
Na insuficiência supra-renal: valores baixos apontam ISR secundária; valores altos, ISR primária.
No hipercortisolismo: valores altos = doença de Cushing; valores baixos = adenoma de supra-renal.

***Aldosterona** (Referência 4 – 34)
A aldosterona se eleva no hiperaldosteronismo pnmário ou secundário; diminui no hipoaldosteronismo (incluindo o da doença de Addison) e na síndrome de Bartter

***Gastrina** (Referência < 100)
Eleva-se em resposta à hipocloridria (gastrite atrófica, infecção pelo *H. pylori.* anemia perniciosa) e, principalmente na síndrome de Zollinger-Ellison, onde costuma passar dos 1000pg/ml.

***Ac. Úrico** (Referência < 6)
Útil no seguimento da hiperuricemia e todo o seu espectro de complicações.

***Homocisteina** (Referência < 15)
Valores elevados na deficiência de folato ou de vit. B12. Outras causas: genética, sedentarismo, tabagismo e hipotireoidtsmo. Hiper-homocisteinemia é fator de risco independente para doença coronariana.

***Ác. Metilmalônico** (Referência < 250)
Níveis aumentados sugerem deficiência de cobalamina, mas não de folato.

***G6PD** (Referência > 100)
Abaixo disso, deficiência de G6PD (avaliar história de hemólise).

***PCR** (Referência < 0,5)
Existe variabilidade na faixa de normalidade entre laboratórios. A PCR se eleva já no primeiro dia de um processo infeccioso bacteriano, e funciona como um dos marcadores séricos de piora ou melhora do processo. A PCR também se eleva na febre reumática aguda e na vasculite reumatóide. Elevações crônicas parecem traduzir alto risco de eventos coronarianos.

***VHS** (Referência < 20)
Eleva-se basicamente em estados inflamatórios/infecciosos e nas anemias, sendo um marcador bastante inespecífico. Doenças que podem cursar com VHS > 100: infecções bacterianas, LES, FR, arterite temporal e neoplasias. Um VHS próximo a zero pode ser uma pista importante na febre amarela.

***Proteínas Totais** (Referência 6,5 – 8,1)
As proteínas totais representam o somatório da albumina e das globulinas. Uma relação albumina/globulina abaixo de 0,9 pode significar hiperglobulinemia.

***Albumina** (Referência 3,5 – 5,0)
Diminuída na cirrose, síndrome nefrótica, desnutrição ou outros estados hipercatabólicos, como a caquexia do câncer.

***Globulina** (Referência 1,7 – 3,5)
Podem estar aumentadas em doenças auto-imunes, calazar ou algumas doenças hematológicas, às custas das frações alfa-1, alfa-2, beta ou gama-globulina. Podemos identificar a fração responsável pela eletroforese de proteínas.

***BNP (Peptídeo Natriurético Atrial)** (Referência < 100)
Útil na diferenciação entre dispnéia por ICC e por pneumopatias primárias, na fase aguda. Valores > 100pg/ml sugerem IVE, TEP ou cor pulmonale. Acima de 400pg/ml, praticamente sela a IVE como causa da dispnéia. Na FA crônica, é recomendado aumentar o corte para 200pg/ml. Muito ainda se pesquisa sobre esse marcador.

***HB Glicada** (Referência 4 – 6%)
É um marcador de controle do DM. Aumentada no diabetes mal-controlado. Níveis de até 7,0% são tolerados no tratamento do DM. <u>NÃO</u> é usada no diagnóstico.

***Glicemia Jejum** (Referência 70 – 99)
- Duas dosagens ≥ 126 ou uma dosagem ≥ 200 + sintomas de DM = diagnóstico de DM
- Duas dosagens entre 100-125 = estado pré-diabético

***Glicemia pós-prandial** (Referência < 140)
- Se ≥ 200mg/dl = DM
- Se entre 140-199 = intolerância à glicose

***Enzimas Cardíacas**
CKMB (Referência < 24)
CPK (Referência ♂: 190 ♀: 165)
Troponina (Referência: Negativa)

Enzimas Séricas no Infarto X Tempo:

Marcadores Séricos	Detecção Inicial	Máxima Atividade	Normalização
Mioglobina	1 a 3 horas	6 a 9 horas	36 horas
Troponina T	2 a 4 horas	12 horas	10 a 14 dias
Troponina I	4 a 6 horas	12 horas	7 a 10 dias
CK-MB	3 a 5 horas	24 horas	2 a 4 dias
CK total	4 a 8 horas	12 a 24 horas	3 a 4 dias
LDH	24 horas	24 a 48 horas	3 dias

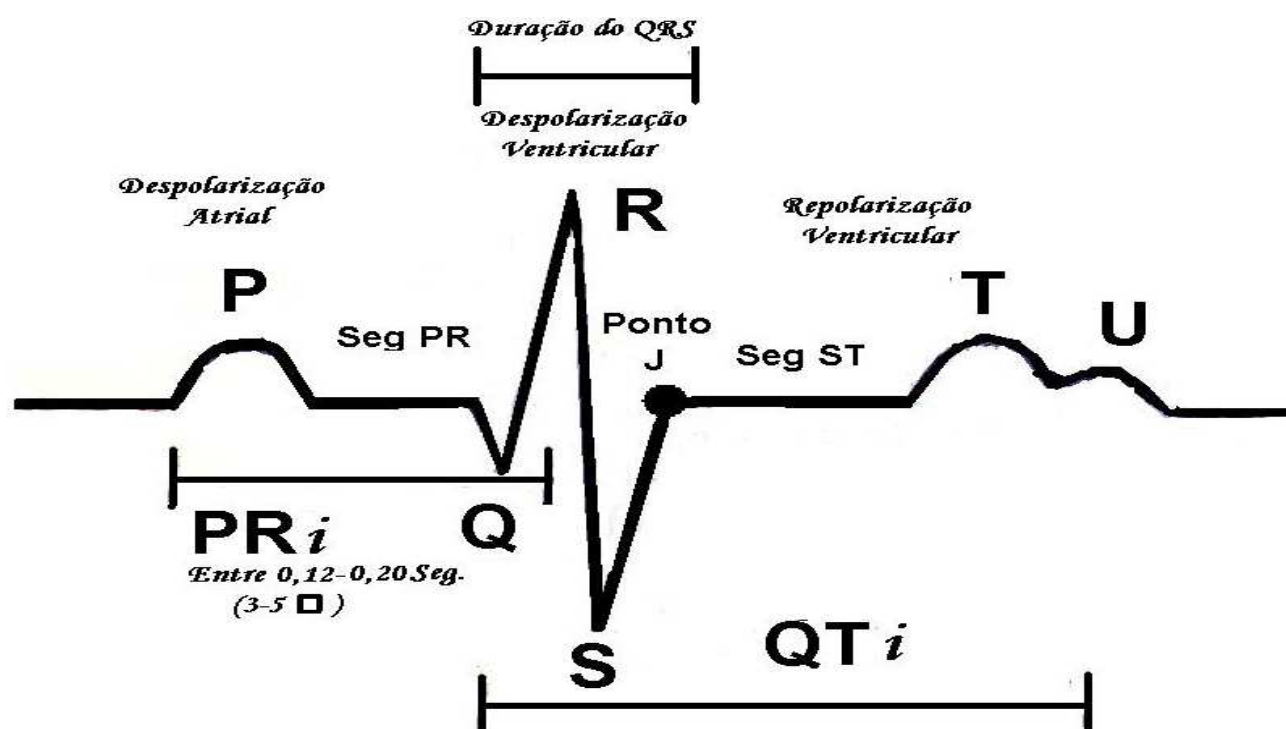
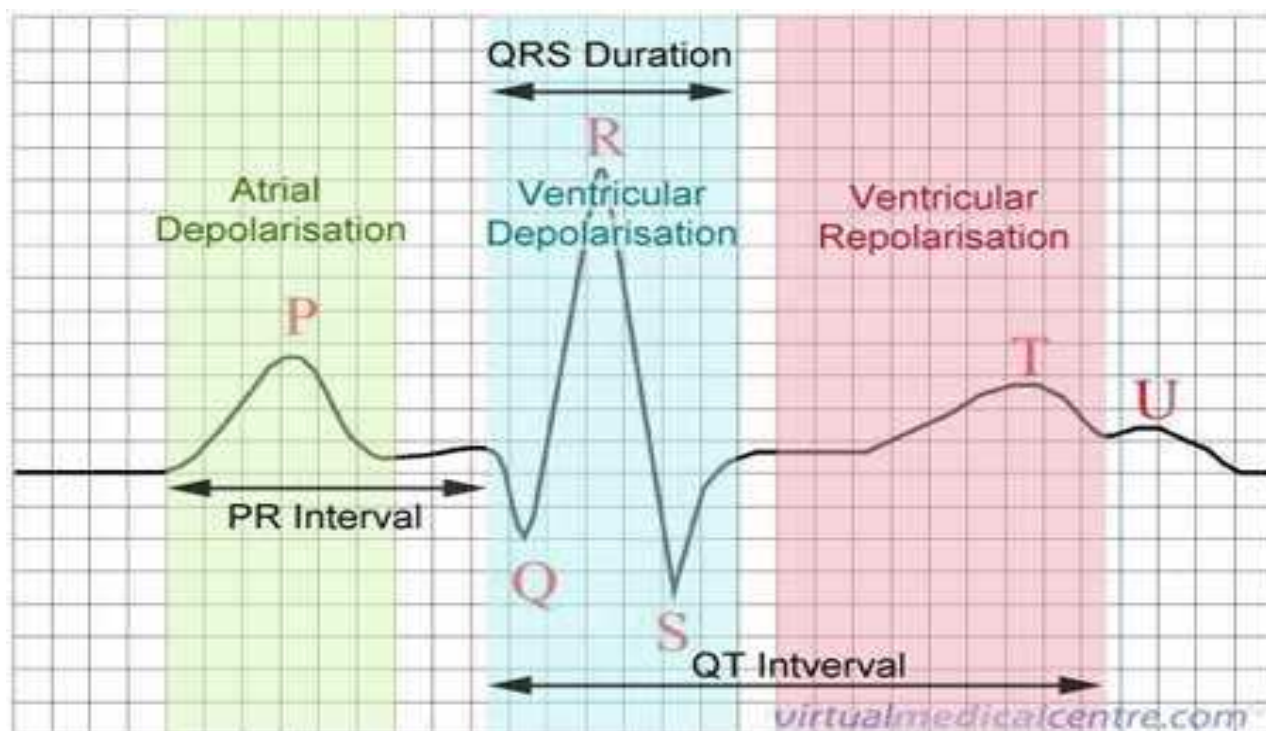
Kit Exame de Fezes

O que pedir?
*Exame Direto (fezes frescas até 30min): Trofozoitos
*Kato Kats: Ovos
*Hoffman Pons Janer: Concentração de ovos e cistos
*MIF (mertiolate-iodo-formol): Cisto e ovos
*Sedimentação Espontânea e Faust: Cistos
*Baerman e Morais: Larvas
*Kato e Katz: Esquistossome
*Stool Hausheer: Vermes adultos (Helmintos)
*Fita Adesiva ou Fita Celofane: Ovos Perianal
*Faust e Ritchie: Protozoários

(Para tratamento, ver o Capítulo Infectologia e Parasitologia)

Kit Interpretação de ECG

7 etapas para um laudo correto de ECG
IMPORTANTE: NÃO salte nenhuma etapa.

Componentes de um ECG Normal:

1- Ritmo

Sinusal: 1 onda P para cada QRS, e ainda sendo (+) em DI, DII e aVF e (–) em aVR.
Regular: distância entre as ondas é constante.
Flutter atrial: p substituída por ondas F(dentes de serra, baixa amplitude), R-R regular, QRS estreito e Freqüência atrial entre 250-350bpm).
Fibrilação atrial: FC entre 90-170bpm, ausência de P ou qualquer atividade elétrica atrial regular, RR irregular e QRS estreito idêntico ao do ritmo sinusal. (Freqüência atrial >350bpm).
- Paroxística: dura até 7 dias, autolimitada.
- Persistente: duração >7 dias e geralmente exige cardioversão.
- Permanente: >1 ano, cardioversão é ineficaz.

Ritmo idioventricular: Não há enlace A-V e QRS alargado.
Flutter ventricular: ondas arredondadas, possui um único foco.
Fibrilação ventricular: QRS c/ amplitude, duração e freqüência variáveis.
Bradicardia <50bpm
Taquicardia >100bpm
Taquicardia Atrial Multifocal: mFrequência atrial entre 100-150bpm, presença de 3 ou mais morfologias diferentes para P na mesma derivação (analisar melhor em DII, DIII e V1) e ritmo irregular com variação dos intervalos PR, PP e RR.
Taquicardia paroxística Supraventricular: FC entre 100-250bpm com início e término súbitos.
- Por reentrada nodal: complexo QRS estreito, intervalo RR regular e ausência de P, mas com pseudo-s’ e pseudo-r’
- Por reentrada em via acessória: QRS estreito na maioria, R-R regular e P após QRS – R-P’<P’-R.

Taquicardia Ventricular: QRS alargado.
- Monomorfica sustentada: FC 100-220bpm, R-R regular, QRS constante, QRS alargado e aberrante.
- Polimorfica Sustentada: FC>200bpm, QRS com múltiplas morfologias, QRS alargado e aberrante (>0,12s).
- Não sustentada: períodos de 3 ou mais complexos QRS que revetem espontaneamente em menos de 30s.

Taquicardia Supraventricular

2- Freqüência Cardíaca (FC)

FC = 1500 : N° de □ entre R-R
Ou (300 → 150 → 100 → 75 → 60 → 50)
NORMAL: 60-100bpm

ESCAPE
Um tempo sem bater, batimento demora chegar e chega estragado.
Supraventricular: QRS estreito/normal/parecido com original.
Ventricular: P e QRS alargados.

EXTRASSISTOLE
Batimento precoce. Pode ter pausa compensatória completa(146- medida = ou > ao dobro da distância de 2QRS), incompleta ou ausente.
- Supraventricular: QRS estreito/normal/parecido com original.
  Atrial: onda p diferente das demais (geralmente menor).
  Junctional: p ausente ou negativa, antes ou após QRS.
- Ventricular: P e QRS alargados.

Pareadas: 2 juntas
Em salvas: 3 ou + juntas
Bigeminadas: 1 ritmo normal + 1 extra
Trigeminadas: 2 ritmos normais + 1 extra
Monomórfica: 1 foco - todas parecidas.
Polimórficas: + de 1 foco – diferentes

3- Onda P

Normal: positiva em (D1, D2 e D3) e negativa em aVR.
Eixo: entre +30 e +70º.

1- Morfologia: arredondada, pontiaguda, entalhada, difásica +- em V1 (hipertrofia atrial), difásica -+ ou não visível (FA?).
- V1 é a melhor derivação para analisar sobrecarga atrial

2- Duração > 0,11s (3□) → **Sobrecarga de AE**
Entalhada e bífida em (DI, DII e aVF) e difásica em V1 com componente terminal maior ou alargado e negativo. Eixo entre +40 e -30º.

3- Amplitude → medir em DII. Normal: 2,5-3mm
3.1- Aumentada: **Sobrecarga de AD**
Pontuaguda em (DII, DIII e aVF) e difásica em V1 com componente inicial maior. Desvio do eixo para +80º
3.2- Diminuida: hipercalemia, hipotireiodismo e vagotomia

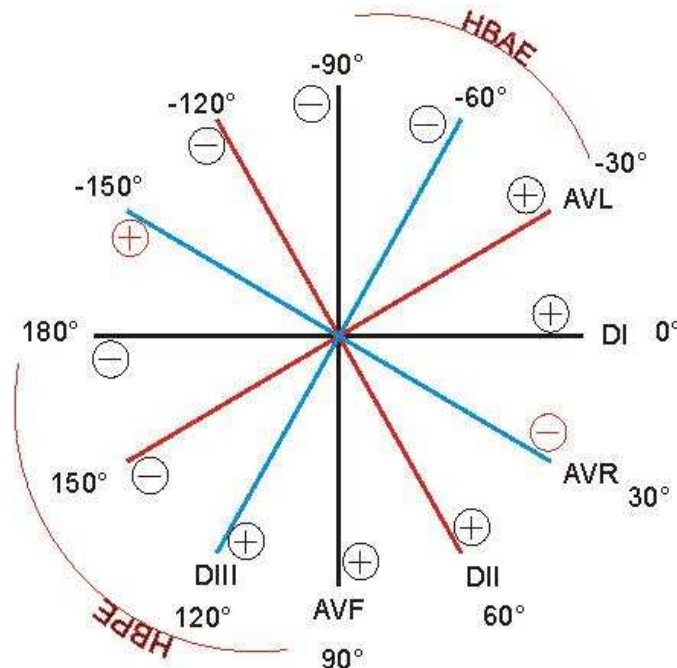
4- **Sobrecarga Atrial bilateral:** P entalhada, alargada e pontiaguda em (DI, DII e DIII), difásica e simétrica em V1 e V2 com componente inicial e terminal iguais e maioria das derivações com P aumentada.

4- Intervalo PR (iPR ou iPQ)

1- Duração Normal = 012-0,20s (3-5□)
Constante ou variável?
Enlace A-V 1:1, 2:1, 3:1?
BAV
A - I Grau: PR constante, porém aumentado.
B - II Grau
    Mobitz I: PR progressivamente longo e da uma bloqueada.
    Mobitz II: PR constante e surge uma bloqueada do nada.
    Avançado: 2:1(duas ondas p para 1 QRS), 3:1, 4:1, 5:1
C – III Grau (Total): PRi irregular, distâncias ondas P regular e distâncias do QRS regular.

IPR curto < 3□ (0,12seg):
    Wolf Parkinson White: IPR curto + onda delta.
    Von-Ganom-Levine: IPR curto sem onda delta.

5- Complexo QRS

1- Eixo (SâQRS) Normal: -30 a +120°
Olhar se as perpendiculares para determinar o eixo preciso.
Eixo -30 a -90°: Hemibloqueio anterior esquerdo (Norte de Minas, forte indicativo de Chagas)

2- Morfologia (q patológica? QS? Entalhe(orelha de coelho)? Predomínio de S em V1 e R em V5 e V6?

3- Amplitude
3.1- Diminuida: ondas + ou - <5mm em (DI, DII e DIII) e <8mm em (V1, V2, V3, V4, V5 e V6).
3.2- Aumentada

Sokolow:
Amplitude de V1 ou V2 (a maior) somar com a de V5 ou V6 (a maior) e vê se ≥ 35 (Sobrecarga de VE).
*Sistolica: infra de ST/ponto J e onta T negativa e assimétrica em V5/V6
*Diastólica: Supra de ST/ponto J e onta T positiva, pontiaguada e assimétrica em V5/V6.
Sobrecarga de VD: R aumentada em V1, S < R, R diminui prograssivamente de V2 a V6 e desvio de eixo para direita.
Sobrecarga de VE: S grande e profunda em V1, R grande e alta em V5, desvio do eixo para esquerda, Sokolow >35mm.
Onda T tem direção oposta à área acometida: negativa em (V5, V6, DI e aVL) e positiva em V1, V2 e aVR.
Sobrecarga biventricular: R amplas em V5 e V6 com eixo >90°. Pode ocorrer de ter um traçado “normal”
4- Duração Normal: 0,05-0,12s(1-3□)

1.1- Aumentado: Sobrecarga ventricular, BRD, BRE, Taquicardia ventricular, BAV total e hipercalemia.

1.2- Diminuido: Uso de digitálicos

<u>*BLOQUEIOS DE RAMO*</u>

BRD: RR' em V1 e V2, sendo R' alargada em V1 (BRD completo), QRS >0,12s, S alargada em V6, DI e aVL (BRD completo).

*Incompleto: R' e S não são alargados.

BRE: RR' em V5, V6, DI e aVL (QRS mais alargado), QRS >0,12s, S mais alargada em V1.

*Incompleto: RR' e S não são muito alargadas.

*** Pulo do Gato:** Analisar QRS nas Precordiais.

- Positiva → bloqueio de ramo direito
- Negativa → bloqueio de ramo esquerdo

1° Grau: duração <100ms (2,5 □)

2° Grau: duração entre 100-140ms

3° Grau: duração >140ms (3,5 □)

Hemibloqueio anterior Esquerdo (HBAE): Eixo para esquerda, QRS >0,12s, S em DII e q em DI.

Hemibloqueio posterior Esquerdo (HBPE): Eixo para direita, QRS >0,12s, S em DI e q em DIII.

Bloqueio Bifacicular: BRD + HBAE

6- Repolarização Ventricular

O segmento ST pode encontrar-se:
Na linha de base, Supradesnivelado e Infradesnivelado (ascendente, retificado ou descendente). Com convexidade ou concavidade superior.
Onta T
Morfologia normal, simétrica, achatada, pontiaguda ou invertida?

PADRÃO ISQUÊMICO

Achados no ECG e seus significados:

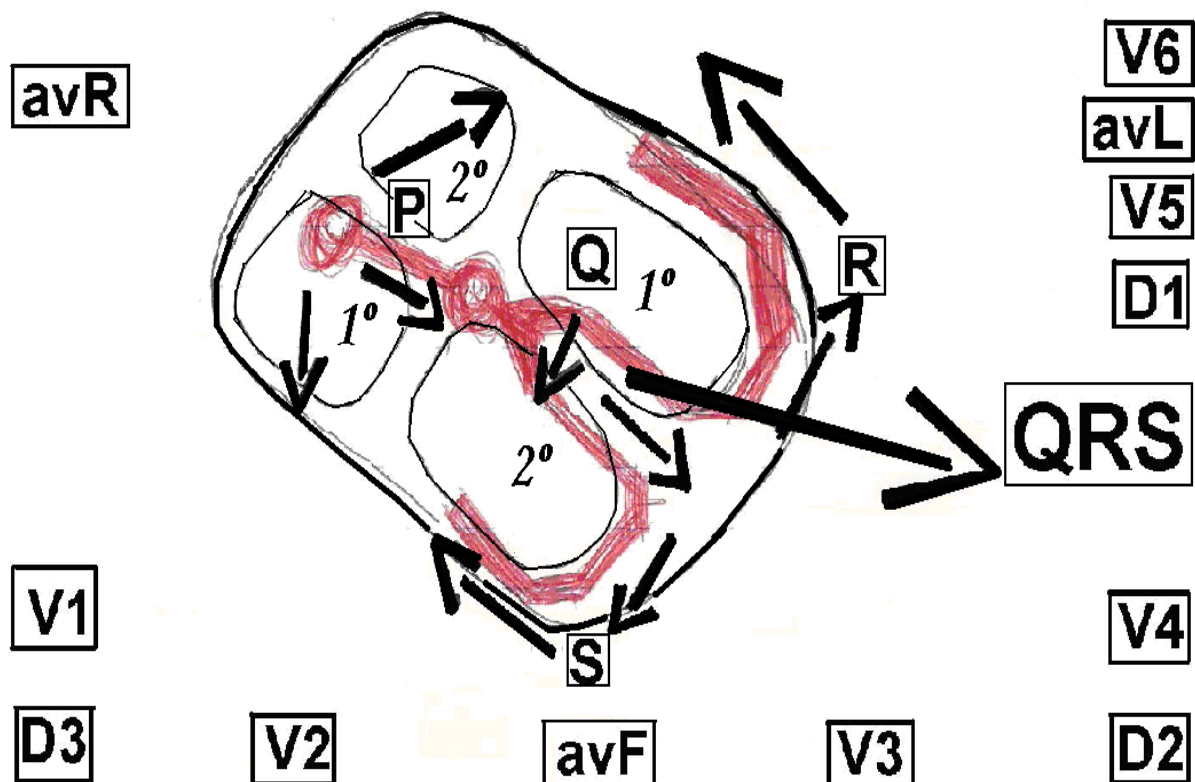
Parede	Derivação	Artéria Relacionada	Complicações Associadas
Anterior	V3-V4	Ramo diagonal da C. esquerda	Disfunção de VE, ICC, BRD
Anterior extenso	V1-V6	Ramo Diagonal da C. esquerda	Complexo QS
Lateral	D1-AVL e V5-V6	Ramo circunflexo da C. esquerda	Disfunção de VE, BAV nodal
Inferior	D2-D3-AVF	Ramo descendente posterior da C. direita	Hipotensão, infarto de VD
Posterior	V1-V4 e V7-V8	Ramo circunflexo e desc. posterior	Hipotensão, BAV, FA
Septo, feixe de His	V1-V2	Ramo septal da C. esquerda	Bloqueio infranodal e de ramos
Ventrículo Direito	V4R (D2-D3-AVF)	Ramos proximais da C. direita	Hipotensão, BAV, FA

7- Conclusão

Dentro dos limites da normalidade?
Padrão(ões) sugestivo(s) de algo?

LAUDO
Nome, idade, sexo, data e hora.
Ritmo, FC, Relação AV(1:1, 2:1, 3:1), Onda P, IPR, QRS, SâQRS, Ponto J, ST, T, U(presente ou ausente?), intervalo QT(duração).
Comentários:
Conclusão:

Duração:
1 □ → 0,04segundos
1 segundo: 25 quadradinhos
Amplitude:
1 □ → 1mm

O pulo do gato
Os Vetores:

Como saber se a onda é ⊕ ou ⊖ em determinada derivação:
Observe a Figura acima, se na derivação você observar a "Cabeça do Vetor" (ponta da Seta), a onda é ⊕. Se você observar "Cauda do Vetor" (parte de trás da Seta), a onda é ⊖.
Exemplo: em avR vemos a cauda da onda P: Onda P ⊖ em avR.

Kit Radiografia de Tórax

IMPORTANTE:
Para uma correta interpretação da radiografia de tórax siga os 8 passos de "A" a "H".
Iniciar pelo "H" e depois seguir a seqüência alfabética de "A" a "G".

A-Air Ways ou Vias Aéreas
Refere-se à traquéia, aos brônquios e ao hilo
Traquéia centralizada ou desviada (mesmo lado: atelectasia; lado oposto: pneumotórax), corpo estranho nas vias aéreas, hilo túrgido etc

B- Breathing (respiração) ou Bom pulmão
Refere-se as alterações pulmonares e do espaço pleural
Pulmão, com hipertransparência, opacidade ou normal. Se opacidade, é homogênea ou heterogênea. Se heterogênea (BR + PR), é intersticial ou alveolar. Se intersticial, é nodular ou reticular.
Presença de nódulos (múltiplos ou solitário), cavitação,
Atelectasia (Critérios >: Perda da transparência / Opacidade, Desvio da Fissura, Aproximação dos Vasos e Brônquios;
Critérios <: Elevação Diafragmática, Desvio do Mediastino, Desviodo Hilo, Hipoinsuflação Compensatória, Diminuição dos Espaços Intercostais), broncograma aéreo, espessamento do septo interlobular (acúmulo de líquido) linhas de Kerley [Linhas **A** (no **A**lto, lobos superiores; Linhas **B** (ficam em **B**aixo, junto aos seios costo-frênicos); e Linhas **C** (**C**irculares – nas bases com trajetos oblíquos)]; congestão (cefalização de fluxo), pneumotórax, derrame peural (parábola de Damoiseau), enfisemas ("Rx preto"), Atelectasias

O pulo do gato

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE ATELECTASIA	
Maiores:	**Menores:**
- Perda da transparência (opacidade)	- Elevação diafragmática
- Desvio da fissura	- Desvio do mediastino
- Aproximação dos vasos e Brônquis	- Desvio do hilo
	- Hiperinsuflação compensatória
	- Diminuição dos espaços intercostais

C- Coração e Circulação
Refere-se ao coração, mediastino e grandes vasos
Mediastino alargado (>7cm) ou normal, presença de nódulos mediastinais (tumores de mediastino - 4**T**'s: **T**imoma, **T**eratoma, tumor de **T**ireoide e **T**errível linfoma), qual a localização (divisão do mediastino: PA- sup e int; Perfil: ant. e post.), aorta com atelectasia, área cardíaca aumentada (>1

hemitórax) ou normal, coração em gota (DPOC), AD, AE, VE, seios cardíacos, sinal da silhueta, perfil: ▲retro cardíaco, sinal da coluna degradee

D- Diafragma

Refere-se ao diafragma e seios costofrênicos
Diafragma retificado (DPOC), seios costofrênicos livres ou apagados

E- Esqueleto

Refere-se aos arcos costais, clavículas, esterno e coluna
Presença de fraturas, escápula no campo, mal-formações, densidade óssea (amperagem para medir osso é diferente), espaços intercostais normais ou diminuidos (atelectasia)

F- Fat (Gordura) ou Partes Moles

Refere-se as mamas, musculatura, tecido adiposo e abdome
Mamas grandes, densas, musculatura dissecada e visível (enfisema subcutâneo), aumento de partes moles (obesidade), abdome (pneumoperitônio, bulha gástrica)

G- Alterações Grosseiras

Refere-se a artefatos encontrados no Rx
Eletrodos de ECG, presença de sondas, uso de marcapasso, acessórios de uso do paciente (cordões, broches, botões de roupa etc)...

H- High quality (Alta Qualidade) ou Hipopenetrado ou Hiperpenetrado

Refere-se qualidade técnica da Radiografia
Está rodado ou bem cetralizado (bordas mediais das clavículas alinhadas com o esterno); escápulas estão dentro ou fora do campo; está hipopenetrado, hiperpenetrado ou penetração adequada (3 vértebras visíveis); qual a incidência usada: PA (ideal), AP(área cardíaca ↑), Perfil, Laurell; foi tirada no leito (qualidade técnica prejudicada); está hipo, hiperinsuflado ou a insuflação foi adequada (9-11 arcos costais posteriores;

O pulo do gato

Pneumonia com RX tórax "normal", pensar em:
Pneumonia por *P. Carine* (H.I.V./ imunossuprimido)
Pneumonia retrocardíaca (Pedir Rx perfil)
Neutropenia (Leucograma)
Rx hipernenetrado (Repetir Rx)
Paciente desidratado (Especialmente idosos)

<u>É bomba</u>

Os “exames complementares” são apenas “<u>complementares</u>”, devem ser avaliados com cautela, pois, em sua maioria, são apenas SUGESTIVOS e NÃO CONCLUSIVOS de determinada doença.

NÃO substituem uma boa formação e exercício da Clínica Médica, que é <u>sempre</u> soberana.

A avaliação médica <u>nunca</u> pode ser substituída por um exame complementar.

Bibliografia do capítulo 1 (Exames Complementares):

Métodos diagnósticos: consulta rápida / organizado por José Luiz Moller Flôres, Alessandro Comarú Pasqualotto, Daniela Dornelles Rosa e Veronica Ruttkay da Silva Leite. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2002

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Eletrocardiograma passo a passo: um jeito novo de aprender. / Eduardo Luis Guimarães Machado – Belo Horizonte: 2007

Interpretação Fácil do ECG: Método Autodidata de Interpretação do Eletrocardiograma / Dale B. Dubin – Revinter Editora, 1999

Guyton, Arthur C., 1919 – 2003
Tratado fisiologia médica / Arthur C. Guyton, John E. Hall; tradução de Barbosa de Alencar Martins...[et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Cecil Textbook of Medicine
Translation of the twenty-first English language edition
W.B. Saunders Company,
Philadelphia, PA 19106

www.medaula.com.br

www.pneumoatual.com.br

Advanced Trauma Life Support (ATLS) 2010

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Co-autor:
José Alfreu

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 2: Kit's Básicos

Kit's Paciente Internado em Enfermaria (2 Kit's) (Prescrição e evolução)

Kit 1: Kit Prescrição Básica Paciente Internado

Dieta:
1-Dieta livre, suspensa, para diabético, hipertenso etc
(Para + detalhes, ver: "Kit Dietas")

Dados Vitais e Monitorazição:
2- Dados Vitais (DV) 6/6h OU 4/4h OU 2/2h (Conforme gravidade)
3- Curva Térmica Rigorosa (Se Febre)
4- Se Paciente Grave, Monitorização ECG contínuo e oxímetro de pulso
(Para + detalhes, ver: "Kit Paciente Grave")

Cuidados Gerais / Cuidados da Enfermagem:
6- Cabeceira Elevada, Medir e anotar diurese, mudança de decúbito, aspiração...
(Para + detalhes, ver: "Kit Imobilidade" e "Kit Paciente Grave")

Sintomáticos (Analgésico / Antipirético, Antiemético):
3- Dipirona (Novalgina®) 500mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 6/6h SN
4- Metroclopramida (Plasil®) 5mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 8/8 SN

Protetor Gástrico (evitar úlcera de estresse):
5- Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV 12/12h OU
Ranitidina (Antak®) 150mg: 1cp VO 12/12h OU
Omeprazol (Losec®) 40mg/amp: 1amp / ABD 10ml IV 24/24h OU
Omeprazol (Losec®) 20mg: 1cp VO 24/24h
(Para + detalhes, ver: "Kit Protetor Gástrico")

Oxigenioterapia (S.N.):
7- O_2 por cateter nasal (CN) até 5L/min OU por Máscara de Hudson OU Máscara de Alto Fluxo até 15L/min OU Intubação Orotraqueal (IOT) se não houver melhora do quadro
(Para + detalhes, ver: "Kit Intubação" no Cap. "Urgência e Emergência")

Hidratação Venosa (S.N.):

8-					
SGI 5% (Soro Glicosado Isotônico)	500 +	500 +	500 +	500ml	IV 28 gt/min
NaCl 10% (Soro Fisiológico)	5 +	5 +	5 +	5ml	
SGH 50% (Soro Glicosado Hipertônico)	40 +	40 +	40 +	40ml	
KCl 10%	10 +	10 +	10 +	10ml	

ATB:
Colocar na frente quantos dias de uso de ATB

Avaliação Outros Profissionais ou Especialistas:
Ex.: Fisioterapia Motora e Respiratória; Avaliação Cirurgia Vascular etc.

O pulo do gato
Para correr o gotejamento de Soro desejado em 24h, multiplicar o nº de esquemas de soro por 7 (Ex.: 2.000ml = 4 esquemas de 500ml x 7 = 28gt / min)

O pulo do gato
Esquemas básico de hidratação por peso (35ml / kg / dia):
42kg = 3 esquemas
57kg = 4 esquemas
71kg = 5 esquemas
85kg = 6 esquemas
100kg = 7 esquemas
(1 esquema = 500ml de soro)

É bomba
Hidratar é ≠ de dar volume ou fazer expansão. Para hidratar: melhor usar SGI 5%. Para volume: melhor usar SF 0,9% ou Ringer Lactato.

Kit 2: Kit Evolução Básica Paciente Internado

(Itens básico que devem constar em uma prescrição na enfermaria)
1-Quantos dias internação hospitalar
Ex: 5º DIH
2-Se pós-operatório, qual cirurgia, há quantos dias
Ex: 2º DPO Gastrectomia parcial
3-Quantos dias em uso de ATB
Ex: D5 Ceftriaxona + Clindamicina
4-Estado Mental
Ex: Lúcido ou torporoso ou agitado etc
5-Estado Geral
Ex: BEG ou Regular estado geral ou estado geral comprometido etc
6-Deambulação
7-Verbalização
8-Diurese
É espontânea?
A quantidade é adequada (normal: 0,5 – 1ml / kg / hora)?
Está em uso de sonda? Qual tipo?
9-Evacuações:
Ex: padrão fisiológico (mesmo padrão domiciliar), constipado ou diarréia etc.
10-Presença de Flatos
11-Dor
12-Intercorrência
Ex: Febre, dispnéia, sangramentos etc
13-Melhora do quadro em relação ao dia anterior
14-Exame físico sucinto:
*Ectoscopia, SCV, SR, SD, SGU, SN.
15-Hipótese Diagnóstica (HD) e Procedimentos Realizados
Ex: pós-operatório de Unha encravada
16-Resultado Exames Complementares
17-Conduta (CD) e Novos Procedimentos ou Exames Solicitados
Ex: Iniciado uso do ATB "X"; Solicitado Rx tórax, Hemograma etc
18-Programação para os próximos dias
Ex: realizar drenagem de tórax amanhã

Kit's Dietas (3 Kit's)

Kit1: Kit Tipos de Dietas Paciente Internado

1-Dieta a critério do SND (Serviço de Nutrição Dietética)
2-Dieta Livre ou Normal
3-Dieta Zero OU Dieta Suspensa até 2ª ordem
4-Dieta por SNE OU por Gastrostomia OU por Jejunostomia
5-Dieta Branda (alimentos com consistência mais macia)
6-Dieta Pastosa (alimentos em forma de purê, umedecidos em líquidos, amassados ou liquidificados)
7-Dieta Liquida Completa (alimentos na forma líquida que se liquefazem a temperatura corporal)
8-Dieta Liquida Restrita (água, suco, caldo de legumes, gelatina e chás)
9- Dieta sem resíduo (excluem-se fibras e leite de vaca)
10-Dieta Constipante OU para diarréia (pobre em fibras e resíduos)
11-Dieta Laxativa OU para constipação (rica em líquidos e fibras)
12-Dieta Hipossódica: sem sal
13-Dieta com pouco sal (dieta normal)
14-Dieta Hiperproteica e Hipercalórica (indicada na ICC, desnutrição, queimados, escaras, pós-operatório e combate a infecções)
15-Dieta para IRC (restrição de Na / K / Proteínas e Líquidos)
16-Dieta para DM ou Diabetes (fracionada em 6 refeições, sem açúcar e sem preparações doces. Usado adoçante)
17-Dieta para imunodeprimido (distribuída em recipientes descartáveis)
18-Dieta para Gota (hipolipídica, restrição de alimentos ricos em purinas)
19-Dieta para Gastrite/Úlcera (pastosa e branda, fracionada 3/3h)
20-Dieta para Pancreatite (líquida e branda, hipolipídica)
21-Dieta para Insuficiência hepática (sem sinais de encefalopatia: Hiperprotéica, restrição de líquidos e Na. Rica em K e P)
22-Dieta Parenteral (Ver "Kit Dieta Parenteral")

Kit 2: Kit Dieta Parenteral

(Contém dietas padronizadas, pré-calculadas)

Soluções Padrão - Nutrições Parenterais Adultos

Componentes (mL)	A1	A2	A3 (Nefropata)	A4 (Hepatopata)	A5* (Individualizada)
Aminoácidos a 10%	500,0	500,0	-	-	
Aminoácidos essenciais com histidina	-	-	250,0	-	
Aminoácidos a 8% (aa CR)	-	-	-	500,0	
Glicose 50%	500,0	250,0	400,0	500,0	
Água bidestilada	-	203,0	-	-	
Cloreto de sódio a 20%	10,0	10,0	5,0	3,0	
Cloreto de potássio a 19,1%	4,0	4,0	5,0	10,0	
Sulfato de magnésio a 20%	5,0	5,0	1,0	3,0	
Gluconato de cálcio a 10%	10,0	10,0	10,0	10,0	
Fosfato de potássio 2 mEq/mL	8,0	8,0	5,0	10,0	
Oligoelementos (adulto)	2,0	2,0	2,0	2,0	
Polivitamínico A	10,0	10,0	10,0	10,0	
Polivitamínico B	5,0	5,0	5,0	5,0	
Volume final	1.047,0	1.000,0	688,0	1.047,0	

⇨ ***Validade das soluções: 24 horas***

REQUISIÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL ADULTO

Paciente ________________________ Registro __________ Leito ______

Velocidade de infusão ________________ Total de frascos em 24 hs __________

Médico Responsável/C.R.M. _________________________ Data ___/___/___

Farmacêutico _________________________________ Data ___/___/___

* ATENÇÃO: A requisição de A5 requer autorização da Comissão de Nutrição Parenteral.

O pulo do gato

O kit acima contém dietas previamente calculadas, e padronizadas para todos os pacientes adultos, assim evita-se erros de cálculo relativamente comuns e prescrições inadequadas.
Importante observar a tolerância de cada paciente a dieta.

É bomba

A dieta parenteral contém glicose a 50%. Após o término da infusão de cada dieta, é necessário infundir SGI 5% + SGH 50%, pois o pico da insulina pode persistir, podendo levar a HIPOGLICEMIA GRAVE.

Kit 3: Kit Desnutrição

1-Dieta hipercalórica e hiperproteica
2- Avaliação do SND (Serviço de Nutrição Dietética)
3-Solicitar exames:

1-Hemograma (linfopenia)
2-Proteinas totais e frações
3-Colesterol total (< 150 em desnutrido)

Kit Indicações de Protetor Gástrico

Indicações de Ranitidina (Antak®) para Profilaxia de Úlcera de Estresse
I- INDICAÇÕES PARA PROFILAXIA
I.1- PACIENTES ADULTOS
a- FATORES INDEPENDENTES (BEM ESTUDADOS):
-ventilação mecânica;
-coagulopatias não induzidas: plaquetas menor do que 50.000 mm 3, INR maior do que 1,5, TTPa supera 2 vezes o controle;
OBS: no caso de plaquetas em número inferior a 50.000 mm 3, recomenda-se utilizar
IBP (Inibidor de bomba de prótons / Omeprazol)
b- NECESSÁRIOS DOIS OU MAIS DESSES FATORES (EM ESTUDO):
-história de hemorragia gastrintestinal superior, úlcera péptica ou
-gastrite há um ano antes da internação;
-lesões térmicas superior a 35% superfície corpórea;
-hipoperfusão/hipotensão (sepse, choque ou disfunção orgânica);
-permanência em terapia intensiva acima de uma semana;
-transplante de órgãos;
-traumatismo craniano;
-politraumatismo;
-índice de coma Glasgow inferior a 10;
-hepatectomia parcial;
-insuficiência hepática;
-lesão de medula espinhal;
-uso concomitante ou recente de corticosteróides em dose elevada (hidrocortisona de 250 mg/dia ou equivalente);

I.2- Pacientes Pediátricos
Não há estudos suficientes para concluir a eficácia do uso de antagonistas H 2 em população pediátrica.
II- SUSPENSÃO DA TERAPIA
A terapia deve ser suspensa quando não houver mais fatores de risco.
III- PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE SANGRAMENTO
Indicado uso de IBP (Inibidor de bomba de prótons / Omeprazol)
Omeprazol é contra-indicado em pacientes em uso de Clopidogrel.
Para prescrição, ver: "Kit Prescrição Básica do Paciente Internado"

Bilbliografia do capítulo 2 (Kit’s Básicos):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Blackbook – Cirurgia / Andy Petroianu, Marcelo Eller Miranda, Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2008

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Rodrigues, Marco Antônio Gonçalves
Fundamentos em Clínica Cirúrgica / Marco Antônio Gonçalves Rodrigues, Maria Isabel Davisson Tovlsn Correia, Paulo Roberto Savassi Rocha. – Belo Horizonte: Coopmed, 2005

Guyton, Arthur C., 1919 – 2003
Tratado fisiologia médica / Arthur C. Guyton, John E. Hall; tradução de Barbosa de Alencar Martins...[et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Cecil Textbook of Medicine
Translation of the twenty-first English language edition
W.B. Saunders Company,
Philadelphia, PA 19106

Dieta Parenteral padronizada do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Dietas padronizadas pelo Serviço de Nutrição Dietética do Hospital da Santa Casa de Montes Claros – MG (com adaptações)

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Co-autor:
José Alfreu

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 3: Urgência e Emergência

Kit's do Paciente Grave (2 Kit's)

Kit 1: Kit Básico do Paciente Grave

1-Dieta zero
2- Sonda Nasoentérica (SNE) ou Sonda Oroentérica (SOE) se TCE
3- DV 2/2h
4- Monitorização ECG contínuo e oxímetro de pulso
5- Sonda vesical de demora (SVD)
6- Medir diurese 12/12h ou balanço hídrico 12/12h
7- Cabeceira elevada
8- Dipirona (Novalgina®) 500mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 6/6h SN
9- Metroclopramida (Plasil®) 5mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 8/8 SN
10- Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV 12/12h OU
Ranitidina (Antak®) 150mg: 1cp VO 12/12h OU
Omeprazol (Losec®) 40mg/amp: 1amp / ABD 10ml IV 24/24h OU
Omeprazol (Losec®) 20mg: 1cp VO 24/24h
11- Heparina não Fracionada (Liquemine®): 0,25ml(5.000U) SC 12/12h OU
Heparina de Baixo Peso (Heptron®): 0,2ml (20mg) SC 24/24h (Dose profilática)
12- O_2 por cateter nasal (CN) até 5L/min OU por Máscara de Hudson OU Máscara de Alto Fluxo até 15L/min OU Intubação Orotraqueal (IOT) se não houver melhora do quadro
(Para + detalhes, ver: "Kit Intubação" no Cap. "Urgência e Emergência")
13- Hidratação venosa (muito variável): SF0,9% 500+500+500+500ml IV 30gt/min
14- Manter cateter venoso salinizado
15- Fisioterapia respiratória
16- Solicitar vaga no CTI

O pulo do gato
Paciente grave = M.O.V. (Monitorização, Oxigênio e Veia)

Kit 2: Kit Avançado do Paciente Grave (Aminas, Sedação, Vasodilatadores)

Kit2.1: Kit Aminas Vasoativas

Dobutamina

1-Dobutamina (Dobutrex®) 12,5mg/ml: 1amp(20ml = 250mg) / SGI 5% OU SF0,9% 230ml IV BIC 10ml/h

Ml/h= dose x peso/ 16,6

(Paciente 60Kg – Dose mín: 7ml/h ou 2mcg/Kg/min; Dose máx: 72 ml/h ou 20mcg/Kg/min)

“DOBUTA Dobrada” (2x concentração convencional)
Dobutamina (Dobutrex®) 12,5mg/ml: 2amp (40ml = 500mg) / SGI 5% 210ml (500mg / 250ml)
Infusão em ml/h = (peso x dose) / 33,2
(Paciente 60Kg – Dose máx: 20mcg/kg/min = 36ml/h)

“DOBUTA Pura” (Sem diluir)
Dobutamina (Dobutrex®) 12,5mg/ml: 1amp (20ml = 250mg)
Infusão em ml/h = (peso x dose) / 208,33
(Paciente 60kg – Dose máx: 20mcg/kg/min = 5ml/h)

O pulo do gato

Mecanismo de Ação e Indicações do uso de DOBUTAMINA
"DOBUTAINA"
Método Mnemônico por Dayson Salvino

Ação nos receptores β : receptores localizados no ♥
Inotrópico⊕ e Cronotrópico⊕: efeitos no ♥
Principais indicações :
1-Choque cardiogênico: choque do ♥
3-ICC: patologia do ♥
4-TEP: lembre-se, ♥ e pulmão andam juntos

O pulo do gato

DOBUTA Pura é recomendada em paciente com restrição hídrica (anasarca, hipervolemia, nefropatas)

É bomba

Preferencialmente, associar a DOBUTA com a NORA, pois o uso de DOBUTA isoladamente pode causar hipotensão por ação em β2
Não usar por tempo prolongado

Noradrenalina

2- Noradrenalina (Hyponor®) 2mg/ml: 4amp(16ml = 32mg) / SGI 5% 234ml IV BIC 10ml/h

Ml/h = dose x peso/2

(Paciente 60Kg – Dose mín: 0,05mcg/Kg/min ou 1ml/h; Dose máx: 2mcg/Kg/min ou 60ml/h)

É bomba

Necessita fotoproteção
Não diluir em Soro Fisiológico, pode precipitar
Em dose muito alta pode diminuir débito cardíaco por aumento excessivo da resistência periférica
Preferir acesso central

O pulo do gato

Mecanismo de ação: α-adrenérgico (vasoconstrição periférica), inotrópico⊕ e cronotrópico⊕
Principal indicação: Choques distributivos

O pulo do gato

NORA X Adrenalina

NORA possui melhor ação pressórica que adrenalina mesmo em doses baixas
NORA provoca menos taquicardia e arritmias que a Adrenalina

Dopamina

3- Dopamina (Revivan®) 5mg/ml: 5amp (1amp = 10ml) / SGI 5% 200ml IV BIC

Ml/h= dose x peso/ 16,6

- Dopaminérgico= 1 a 5 mcg/kg/min
- Beta adrenérgico = 5 a 10 mcg/kg/min
- Alfa adrenérgico = mais que 10 mcg/kg/min

O pulo do gato

Apesar de estar em desuso por alguns profissionais, pela disponibilidade de outras drogas equivalentes (Nora com ação α ou DOBUTA com ação β), a dopamina tem indicação precisa em CHOQUE COM BRADICARDIA, até ser disponibilizado o marcapasso.

O pulo do gato

Convertida em NORA no fígado

Vasopressina

4- Vasopressina (Pitressin®) 20U/ml: 1 amp(1ml) / SF0,9% 100ml IV BIC 10ml/h (2U/h ou 0,03U/min)

O pulo do gato

Principais indicações:
Choque refratário a NORA, principalmente séptico e sirético (NORA acima de 2mcg/Kg/min não tem benefício)
Hemorragias gastrointestinais graves
Fibrilação ventr. refratária (dose única 40U em Bolus)

Kit 2.2: Kit Sedação Contínua:

Midazolan (Dormonid®)

1-Midazolan (Dormonid®) 5mg/ml: 40ml (1amp = 10ml) / SF 0,9% 160ml IV BIC 10ml/h (ajustar dose conforme resposta)

O pulo do gato

Para memorizar:
Dormonid® ou Mi**D**azolal = **D**ormir (**D**iazepínico para sedação)
Amnésia retrógrada

É bomba

Antídoto: Flumazenil (Lanexat®) 1 amp (5ml = 0,5mg), repetir dose se não houver resposta. Dose máxima: 3mg em 1 hora (30ml)

Fentanila (Fentanest®)

2- Fentanila (Fentanest®) 0,05mg/ml: 40ml (4frascos de 500mcg = 2.000mcg ou 2mg) / SF0,9% 160ml BIC 10ml/h (ajustar dose conforme resposta)

O pulo do gato

Fentanila (Fentanest®) é um analgésico opióide 100x mais potente que morfina
Ação curta e rápida

É bomba

Antídoto do Fentanila (Fentanest®): Naloxona (Narcan®) 0,4mg/ml: 1amp(1ml) / 50Kg IV lento 5/5 min, até cessar ação da droga. Dose máxima acumulada: 10mg

O pulo do gato

Dica: Para passar um droga de gt/min para ml/h, multiplica-se por 3
Ex: 28gt/min = 84ml/h

Kit 2.3: Kit Vasodilatadores Potentes

Nitroprussiato (Nipride®)

1- Nitroprussiato (Nipride®) 1amp(50mg) / SGI 5% 250ml em equipo fotossensível IV BIC 10ml/h
Iniciar com 10ml/h e ajustar a dose a cada 5 min conforme resposta
Infusão em ml/h = (dose x peso) / 3,3
(Dose mín 0,5 mcg/kg/min ou 4ml/h) (Dose máx 10mcg/kg/min ou 180ml/h)

O pulo do gato

Dica para memorizar: Nitro**PR**ussiato (Ni**PR**ide®) = **PR**essão → **PR**
Vasodilatador + potente disponível !!!, + que o Nitroglicerina (Tridil®) → **PR**
Vasodilatador venoso e arterial → **PR**
Ação pressórica instantânea → **PR**
Indicações: Emergência hipertensiva → **PR**
Encefalopatia hipertensiva → **PR**

É bomba

Necessita fotoprotessão
Usar SGI 5%
Uso prolongado (>7dias): Risco intoxicação por Tiocianato / Cianeto

Nitroglicerina (Tridil®)

2- Nitroglicerina (Tridil®) 1amp (1amp = 5ml = 25mg) / SF0,9% 245ml em Ecoflac IV BIC 10ml/h
Iniciar com 10ml/h e ajustar a dose de 10/10ml a cada 5 min até melhorar a dor coronariana

O pulo do gato

Dica para memorizar: **TRI**dil® lembra **TRI**cúspide que lembra Coração
Indicações: Ins. Coronariana (Vasodilatador coronariano) → **TRI**
Edema Agudo Pulmão (Vasodilatador venoso) (♥ e pulmão andam juntos) → **TRI**
Necessita de Ecoflac (ECO lembra ♥) → **TRI**

É bomba

Usar sempre Ecoflac (embalagem livre de PVC) ou equipo de vidro (em desuso)

O pulo do gato

Dica: A dose em ml/h é calculada com a fórmula: ml/h = Peso x Dose / Constate (qtos microgramas da droga tem 1 microgota da solução)

O pulo do gato

Apesar de Nitroprussiato (Nipride®) e Nitroglicerina (Tridil®) serem aminas vasoativas, foram colocadas a parte nesse manual com o nome de "vasodilatadores potentes por questões didáticas

IMPORTANTE:

A maioria das drogas em BIC desse manual estão pré-calculadas para um "paciente padrão" de 60kg.

Kit's do Paciente com Imobilidade

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Básico do Paciente com Imobilidade

1-Kit Paciente Grave
2- Mudança de decúbito 2/2h
3- Cabeceira elevada
4- Colchão caixa de ovo ou elétrico inflável
5- Óleo hidratante (Dersani® ou Renoderm® ou Óleo de Girassol) após o banho ou a critério da enfermagem (ACE)
6- Heparina não Fracionada (Liquemine®): 0,25ml(5.000U) SC 12/12h OU Heparina de Baixo Peso (Heptron®): 0,2ml (20mg) SC 24/24h (Dose profilática)
7- Fisioterapia motora

Kit 2: Kit Avançado do Paciente com Imobilidade

Se úlcera:
8- Trocar curativo diariamente
9- Avaliação da Cirurgia Plástica

Se necrose:
10- Debridar ferida
11- Papaína tópica 6–10%

Kit Exames Básicos na Urgência

(Para interpretação, ver Kit Exames Complementares)
1-Hemograma completo
2-Íons: sódio (Na+), potássio (K+)
3-Função renal: uréia (UR), creatinina (CR)
4-Glicemia
5-Gasometria arterial
6-ECG (se >40 anos)
7-Radiografia Tórax (se Intubação ou Sonda)

<u>O pulo do gato</u>
Dica: os exames acima não são obrigatórios, são apenas uma sugestão para o "paciente grave". Pedir sempre exames baseados na história e nos achados clínicos e na individualidade de cada caso (Ex: TCE: Tomografia; Trauma: Rx etc).

Kit’s Atendimento Inicial ao Politraumatizado – ABCD do Trauma (3 Kit’s)

Kit 1: Kit Primário Atendimento Inicial ao Politraumatizado

A- Via aérea com controle cervical (2A)

O pulo do gato

Dica para memorizar: vias **A**éreas pérveas e **A**marrar pescoço com colar cervical

Sempre imobilizar coluna com colar cervical, se suspeita de trauma ou história desconhecida.

O pulo do gato

Tamanho ideal do colar: calculando-se distância entre linha dos ombros onde o colar ficará apoiado e base do queixo.

É bomba

Colar pequeno: imobilização insuficiente; Colar grande: hiperextensão cervical

B- Boa respiração e Bom pulmão

Boa respiração:

1- Ver, ouvir, sentir

Bom pulmão:

2- Inspeção, Percussão, Ausculta do Tórax

3- Revisar **A**

C- Circulação (3C)

1- Cor (**C**ianose)

2- Pulso olhar os 2 (“**C**imetria ”- Simetria)

3- Perfusão (Enchimento **C**apilar)

Se trauma, observar (2C):

1- Estabilidade da Bacia (**C**omprimir Bacia)

2- Sangramentos (**C**ontrolar Sangrametos)

O pulo do gato

Se sangramento periférico, o que fazer:

1º- Compressão
2º- Se a 1ª medida não funcionar: Elevar membro
3º- Se a 2ª medida não funcionar: Realizar Digito-Pressão do pulso arterial proximal a lesão
4º- Se a 3ª medida não funcionar: Torniquete
5º- Se 4ª medida não funcionar: Camplar artéria proximal com pinça hemostática

4- Revisar **A** e **B**

D- Déficit Neurológico (3D)

1º D- **D**ilatação Pupilas)
2º D- **D**ominar Glasgow, M6 V5 O4

O pulo do gato

Escala de Coma de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow		
MOTORA M6	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Retirada	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Nenhuma	1
VERBAL V5	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1
OCULAR O4	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1

3ºD- **D**éficit Neurológico Focal (Ex.: descerebrando de um lado, e localizando do outro)

4- Revisar **A** , **B e C**

O pulo do gato

Avaliação Rápida das Pupillas:
Pupilas Puntiformes: Provável Lesão na Ponte (Pra lembrar: "***Ponteformes***")
Pupilas **Me**diofixas: Provável Lesão no **Me**sencéfalo
Pupilas Anisocoria: Provável Hernião de Uncus (Gravíssimo)*
Midríase Fixa: Provável Morte Encefálica (Avaliar protocolo específico)

* = Lembrar que +- 5% da população tem anisocoria "fisiológica"

E- Exposição e Evitar Hipotermia
1-Cortar calça (corte reto ao longo dos mmii)
2-Cortar camisa em T
3-Aquecer paciente
4-Revisar **A** , **B** , **C** e **D**

Kit 2: Kit Secundário de Atendimento ao Politraumatizado

1-PA
2-FC
3-2 acessos venosos calibrosos (gelco 14 ou 16)
4-História mais completa possível
5-Exame Físico Completo
6-Exames Complementares (Ver: "Kit Exames de Rotina no Trauma")

Kit 3: Kit Exames de Rotina no Trauma

1-Rx Coluna Cervical
2-Rx Tórax
3-Rx Bacia
4-Outros exames conforme indicação específica

O pulo do gato

Quanto retirar o colar cervical:
Caso o paciente esteja consciente, pede-se para o mesmo girar a cabeça para ambos os lados e fazer movimentos de anteriorização e extenção do pescoço. Caso não haja dor, retira-se o colar. Se houver dor o exame é interrompido a faz-se RX de coluna cervical em 3 incidêncais (AP, perfil e trans-oral). Em paciente inconsciente, só retira-se o colar após RX.

Kit Intubação Rápida (4 etapas)

1ª Etapa: Pré-Drogas:

Providenciar Laringoscópio Lâmina 3 ou 4(adulto)
Testar lâmpada laringo
Providenciar Tubo 8,5 (♂); 8(♀, ♂pequeno), 9(adulto grande) com fio guia
Providenciar seringa 10ml
Testar o Balonete do Tubo
Providenciar Respirador Mecânico

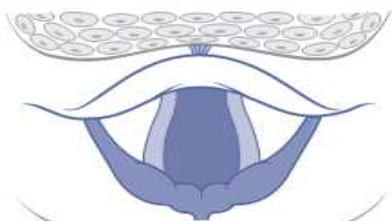
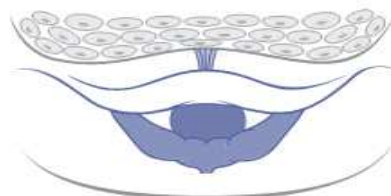
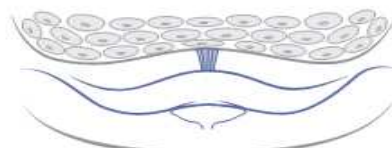
2ª Etapa: Drogas na Intubação (F3, D3, Q6)

1- **F**entanila (Fentanest®) 0,05mg/ml: **3**ml IV
2- Midazolan (**D**ormonid®) 5mg/ml: **3**ml / SF0,9% 10ml IV OU
Se suspeita de TCE: Etomidato (Hypnomidate®) (2mg/ml) 10ml IV
3- Succinilcolina (Quelicin®) 5ml / ABD 10ml: Fazer 1ml IV para cada 10Kg (Máx 10ml) OU
Succinilcolina (Quelicin®) 500mg / ABD 10ml – Separar 2ml / ABD 8ml: Fazer 1ml
IV para cada 10Kg (Máx 10ml) Ex: Paciente 60kg: **6**ml Succinilcolina (**Q**uelicin®)

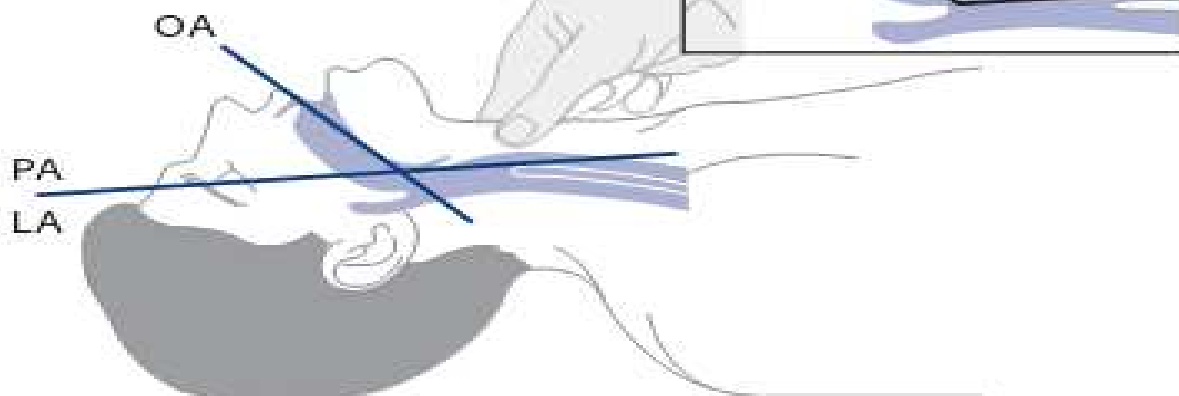
3ªEtapa: Pós-Drogas

1-Esperar fascicular
2- Aspirar
3- Entrar com o Laringo da Dir para Esq empurando a língua
4- Quando visualizar a epiglote, posicionar a ponta do Laringo na valécula
5- Movimento de anteriorização (nunca báscula)
6- Visualisar cordas vocais (Ver Figuras em anexo)
7- Fazer manobra de compressão da Cricoide BURP(Back, Up, Right Press), para melhorar visualização e evitar aspiração por refluxo (Ver Figura)
8- Introduzir o Tubo

O pulo do gato

Escala de Dificuldade na Intubação pela Laringoscopia (Comark):
Visualiza Glote / Cordas-vocais - Comark 1
Visualiza parte inferior da glote – Comark 2
Visualiza epiglote – Comark 3
Não visualiza nada – Comark 4

(Curso de Emergências Clínicas - AMB)

O pulo do gato

As manobras de BURP ou de Sellick podem auxiliar na visualização, diminuindo a dificuldade (normalmente cai 1 na escala) Ex: Sem manobra: Comark 2; Pós-manobra: Comark 1. Se Comark 4, intubação as cegas ou crico

(Curso de Emergências Clínicas - AMB)

4ª Etapa: Pós-passagem do Tubo:

1-Insuflar Balonete (±10ml)
2- Auscultar estômago, Base tórax E e D e Ápice E e D
3- Se ausculta OK: Fixar o tubo (nº 22 nos incisivos centrais superiores).
Se seletivo: tracionar o tubo em 2cm
4- Conectar tubo ao respirador
5- Iniciar sedação contínua SN

Kit Ventilação Mecânica

Parâmetros Básicos do Respirador para Adulto Médio

1-Modo: PCV (Ventilação por Pressão)
2-Pep: 5 (Pressão na expiração – mantém alvéolos abertos)
3-Pressão na Inspiração 12
4-FiO_2: 1 ou 100% (Fração de O_2 inspirada; Ar ambiente = 21% ou 0,21)
Inicia-se com 100% e depois regula-se conforme saturação
5-Freqüência Mandatória: 12-14 (Freqüência Respiratória)
6-Relação Insp / Expiração 1:3
7-Sensibilidade: 2-3 (Determina quando o respirador “vai entrar”; Quanto < o Nº, > a sensibilidade. Ex: 2 é + sensível que 3)

O pulo do gato

Ventilação no DPOC

1-Modo: Volume 400-600ml ou 6-10 ml/Kg (DPOC tem > resistência a Pressão)
2-Relação Ins/Ex 1:4
3-Usar PEP de 8
4-Freqüência Mandatória: 6 – 10

O pulo do gato

Indicações de Vetilação Mecânica
4 M's da Ventilação Mecânica
Método Mnemônico por Dayson Salvino

1ºM - Medida ou Metria dos Gases (Gasometria arterial):
PaO2 < 60
PaCO2 > 55 (Exeto retentor crônico de CO2)
2ºM - Musculatura Acessória (Fadiga respiratória)
3ºM - Estado Mental: Rebaixamento do nível de consciência
4ºM - Mau Coração e Mau Pulmão: Sinais de falência cárdio-pulmonar, como choque circulatório, sinais de isquemia miocárdica, arritmias graves.

É bomba

SARA (Sd da angústia respiratória aguda) X LPA (Lesão pulmonar aguda)
(1, 2 e 3 comum as duas entidades)

1-Início abrupto
2- Infiltrado bilateral ao Rx tórax
3- Ausência insuf. VE
4- Hipoxemia
  4.1- LPA: PaO_2 / FiO_2 < 300
  4.2- SARA: PaO_2 / FiO_2 < 200
  4.3- SARA Grave: PaO_2 / FiO_2 <100

O pulo do gato

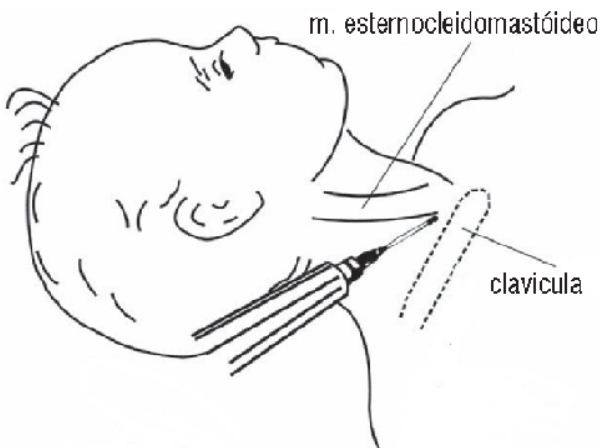
Ventilação Mecânica na SARA

1-Modo: Assistido Controlado Volume 300-360ml ou 5 - 6 ml/Kg
2- Pressão de Platô < 30 - 35
3- Manter FiO_2 adequada (PaO_2 > 60)
4- Usar PEP mín de 8

Kit's Acesso Venoso Central

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Punção de Jugular Interna

1- O médico que fará a punção deve estar paramentado com máscara, gorro, avental e luvas estéreis
2-Paciente em decúbito dorsal, em Trendelemburg
3-Rotação lateral da cabeça para o lado da punção
4- Hiperextensão do pescoço, colocando coxins sob os ombros
5- Ampla anti-sepsia da região com álcool iodado e/ou iodopolvidona
6- Colocar campos estéreis
7- Anestesia local com xylocaína 2% sem vasoconstrictor
8- Palpar e desviar medialmente a artéria carótida comum, pois a jugular fica ântero-lateralmente.
9- Puncionar a veia jugular interna, no ápice do triângulo formado pelas porções esternal e clavicular do esternocleidomastoideo, tendo como base a clavícula.

9- Introduzir lentamente a agulha de punção, sob pressão negativa, exercendo discreta aspiração, até o momento do refluxo de sangue
10- No momento em que se punciona a veia um fluxo rápido e intenso é obtido (confirmação da posição é garantida progredindo e regredindo minimamente a agulha)
11- Confirmada a posição intravenosa, retira-se a agulha, mantendo-se a bainha introdutória
12- Ocluir a bainha com o dedo para evitar embolia gasosa
13- Conectar seringa à bainha e novamente é testar a posição da punção, apenas aspirando o sangue
14- Progredir cateter ao longo da bainha. Observar se há presença de resistência. Se presente: não forçar a progressão e providenciar outra punção

15- Ao final da progressão do cateter desconectar o invólucro
16- Fixar o cateter à pele do paciente (Sutura)
17- Efetuar conexão do equipo de soro ao cateter
18- Observa se há fluxo, com o livre escoamento do volume infundido, e refluxo, com o retorno de sangue pelo equipo

Kit 2: Kit Punção de Suclávia

1-Paciente em decúbito dorsal, em Trendelemburg, com a rotação contra-lateral da cabeça
2- Ampla anti-sepsia da região ântero-lateral do pescoço, hemitórax e a raiz MS adjacente
3- Anestesia local na junção do 1/3 medial com 1/3 intermédio da clavícula, infundindo-se em todos os planos, ao longo do trajeto da punção, e noperiósteo da clavícula
4- Agulha é introduzida paralelamente à clavícula (borda inferior) em direção à fúrcula esternal, progredindo-a cautelosamente e sobre pressão negativa na seringa
5- No momento em que se punciona a veia um fluxo rápido e intenso é obtido (confirmação da posição é garantida progredindo e regredindo minimamente a agulha)
6- Confirmada a posição intravenosa, retira-se a agulha, mantendo-se a bainha introdutória
7- Ocluir a bainha com o dedo para evitar embolia gasosa
8- Conectar seringa à bainha e novamente é testar a posição da punção, apenas aspirando o sangue
9- Progredir cateter ao longo da bainha. Observar se há presença de resistência. Se presente: não forçar a progressão e providenciar outra punção
10- Ao final da progressão do cateter desconectar o invólucro
11- Fixar o cateter à pele do paciente (Sutura)
12- Efetuar conexão do equipo de soro ao cateter
13- Observa se há fluxo, com o livre escoamento do volume infundido, e refluxo, com o retorno de sangue pelo equipo

💣 **É bomba**

Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, desconecte do respirador no momento da introdução da agulha para evitar pneumotórax.

Kit's da Parada Cardiorespiratporia

PCR (2 kit's)

Geral (comum a PCR chocável e não chocável):
Sempre seguir a ordem:
(1).Checar Pulso / Ritmo→
(2).Choque, se FV ou TV →
(3).Massagem →
(4).Droga →
(5).Repetir o Ciclo

Alternar a Adrenalina (1amp) com as outras drogas conforme indicação de cada uma:
*Amiodarona 300mg = 2amp na 1ªx e 150mg = 1amp na 2ªx
*Lidocaína 2% (20mg/ml) 3ml na 1ªx e 1,5ml na 2ªx e 3ªx
*Sulfato Mg 50% 2 – 4g 1/2amp
*Atropina 1mg (máx 3x)
*Sempre fazer SF0,9% 20ml in bolus após admistrar as drogas

Kit 1: Kit PCR FV / TV (Chocável)

Checar Ritmo (se FV / TV)
↓
Choque (360j Monofásico / 200j Bifásico)
↓
Massagem (1 ciclo)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Amiodarona 300mg (2amp) / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Amiodarona 150mg (1amp) / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Lidocaína 2% (20mg/ml) 3ml / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Lidocaína 2% (20mg/ml) 1,5ml / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Pulso → Choque → Massagem)
↓
Droga: Sulfato Mg 50% 2-4g ½ amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)

Kit 2: Kit PCR AESP / Assistolia (Não Chocável)

Checar Ritmo (se AESP / Assistolia)
↓
Massagem (1 ciclo)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Ritmo → se FV/TV, Kit FV/TV; se AESP ou Assistolia → Massagem)
↓
Droga: Atropina 1mg / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro) 1ª dose
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Ritmo → se FV/TV, Kit FV/TV; se AESP ou Assistolia → Massagem)
↓
Droga: Atropina 1mg / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro) 2ª dose
↓
(Checar Ritmo → se FV/TV, Kit FV/TV; se AESP ou Assistolia → Massagem)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
↓
(Checar Ritmo → se FV/TV, Kit FV/TV; se AESP ou Assistolia → Massagem)
↓
Droga: Atropina 1mg / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro) 3ªdose (não usar mais atropina)
(Checar Ritmo → Choque → Massagem)
↓
Droga: Adrenalina 1amp / SF 0,9% 20ml IV (Elevar Membro)
(Checar Ritmo → se FV/TV, Kit FV/TV; se AESP ou Assistolia → Massagem)

O pulo do gato

Se o paciente sair da parada, manter a última droga administrada ou antiarrítmico em BIC (Exceto Adrenalina)

O pulo do gato

Causas reversíveis de PCR, os “6H’s” e os “6T’s” (Importante investigar e tentar revertê-las)

6 H’s:

Causa→ Como Reverter:

1º H- Hipovolemia→ Infusão de Volume
2º H- Hipóxia → Oxigenação, ventilação adequada, intubação
3º H- H+ (acidose) → Bicarbonato 8,4% 1mEq / Kg (1ml=1mEq)
4º H- Hipotermia → Cobrir paciente
5º H- Hipo ou Hiperglicemia → Corrigir distúrbios da Glicemia
6º H- Hipo ou Hiper-K-lemia→ Se Hipo: K (máx.:40mEq/h) e Sulfato Magnésio; Se Hiper: Bicarbonato, Gluconato de Ca, Glicoinsulina, Resinas trocadoras (Sorcal), diálise

6 T’s: (2 do coração, 2 do pulmão, 2 de causas externas)

Causa → Como Reverter:

1º T- Trombose Coronária (IAM) → Trombolíticos, angioplastia
2º T- Tamponamento Cardíaco → Oxigenação, ventlação adequada, intubação
3º T- TEP → Agentes Trombolíticos / embolectomia
4º T- Tensão do Tórax (Pneumotórax) → Descompressão com agulha
5º T- Trauma → Infusão de Volume
6º T- Tóxicos → Carvão ativado, antídotos e protocolos específicos

Obs: o ACLS coloca 6H’s e 5T’s (TEP e IAM são colocados juntos)

O pulo do gato

Na volta da parada, checar: 1º-Pulso; 2º-PA; 3º-Pulmão;
Lembre-se: “Se tem pulso, tem pressão; se tem pressão tem pulmão.”

Kit's SIRS/Sepse / Choque Séptico

(2 Kit's)

Kit 1: SIRS / Sepse

1-Kit Paciente Grave
2-Kit Imobilidade

Fazer em 6h (2 ATB, 2 Vol):
1-Colher hemocultura e cultura do foco infeccioso (identificado ou presumido)
2-Iniciar ATB de largo espectro, baseado no foco infeccioso (Modificar ATB após resultado da cultura) (Ver: "Kit ATB")
3-Reposição volêmica: 500 – 1.000ml cristalóide a cada 30min, até estabilização hemodinâmica
4-Acesso Central (Manter PVC 8 – 12 e saturação venosa central > 70 - Se < 70 = hipoperfusão)
5-Manter PAM > 65mmHg

Fazer em 24h (3**C**):
1-Glicemia **C**apilar 4/4h (manter entre >60 e < 150)
2-Proteína **C** Ativada (muito oneroso, na prática não usa)
3-**C**orticoide baixas doses: Hidrocortisona 100mg IV 8/8h OU 50mg 6/6h

Kit 2: Choque Séptico

1-Noradrenalina (Hyponor®) 2mg/ml: 4amp(16ml = 32mg) / SGI 5% 234ml IV BIC 10ml/h
Ml/h = dose x peso/2
(Paciente 60Kg – Dose mín: 0,05mcg/Kg/min ou 1ml/h; Dose máx: 2mcg/Kg/min ou 60ml/h)
2- Dobutamina (Dobutrex®) 12,5mg/ml: 1amp(20ml = 250mg) / SGI 5% OU SF0,9% 230ml IV BIC 10ml/h
Ml/h= dose x peso/ 16,6
(Paciente 60Kg – Dose mín: 7ml/h ou 2mcg/Kg/min; Dose máx: 72 ml/h ou 20mcg/Kg/min)
3- Vasopressina (Pitressin®) 20U/ml: 1 amp(1ml) / SF0,9% 100ml IV BIC 10ml/h (2U/h ou 0,03U/min)

O pulo do gato

Critérios Clínicos da SIRS / Sepse **4 T's da SIRS / Sepse** **Método Mnemônico por Dayson Salvino**
1º T - Taquicardia **2º T - Taquipneia** **3º T - Temperatura (Febre ou hipotermia)** **4º T - "Tantão" ou "tiquinho" de leucócitos (Leucocitose ou leucopenia)**

(Causas: politrauma, grandes cirurgias, grandes queimados, pancreatite aguda)

O pulo do gato

Critérios para Sepse

1-Mesmos da SIRS, mais:
2-Foco infeccioso estabelecido

O pulo do gato

Critérios para Sepse Grave

1-Sinais de hipoperfusão tecidual (extremidades frias, pegajosas, oligúria, confusão mental)
2-PA normal

O pulo do gato

Critérios para Choque Séptico

1-Hipotensão não responsiva a volume (1.000ml cristalóide)
2-Responsiva a Aminas (1ª amina na sepse: NORA)

Kit Prova Volêmica

Informações Gerais:
1-Faz-se prova volêmica para determinar se um choque é responsivo a volume ou não
2- Caso haja diagnóstico do tipo de choque já estabelecido, não se faz prova volêmica, faz-se o tratamento específico
*Meta: PIA 7 (valor pretendido)
*Limite: PVC 14 (valor que não pode ser ultrapassado)

Como fazer:
1-SF 0,9% 200ml IV Correr em 10min
Checa os parâmetros (PIA e PVC).
Analise o resultado conforme quadro em anexo

2- SF 0,9% 300ml IV Correr em 20min
Checa os parâmetros (PIA e PVC).
Analise o resultado conforme quadro em anexo

Como analizar os resultados:
*Se antingiu a meta e não ultrapassou o limite:
Choque responsivo a volume

*Se antingiu a meta e ultrapassou o limite:
Choque não responsivo a volume

*Se não antingiu a meta e não ultrapassou o limite:
Choque não responsivo a volume

*Se não antingiu a meta e ultrapassou o limite:
Choque não responsivo a volume

O pulo do gato
Na prova volêmica pode se ultrapassar a meta, mas nunca o limite

É bomba
No choque Séptico caso não seja realizada ressuscitação volêmica adequada em 12h, tem-se uma taxa de mortalidade em torno de 80%.
Caso haja diagnóstico do tipo de choque já estabelecido, não se faz prova volêmica, faz-se o tratamento específico!!

Bilbliografia do capítulo 3 (Urgência e Emergência):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Blackbook – Cirurgia / Andy Petroianu, Marcelo Eller Miranda, Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2008

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Rodrigues, Marco Antônio Gonçalves
Fundamentos em Clínica Cirúrgica / Marco Antônio Gonçalves Rodrigues, Maria Isabel Davisson Tovlsn Correia, Paulo Roberto Savassi Rocha. – Belo Horizonte: Coopmed, 2005

Cecil Textbook of Medicine
Translation of the twenty-first English language edition
W.B. Saunders Company,
Philadelphia, PA 19106

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Curso de Atualização em Emergências Médicas - AMB (http://www.universidademanole.com.br)

www.pneumoatual.com.br

Advanced Trauma Life Support (ATLS) 2010

Campanha *Sobrevivendo* à *Sepse* (Surviving *Sepsis* Campaign - SSC) 2008

American Heart Association. ACLS - Advance Cardiologic Life Suppor 2006

Pires, Marco Tulio Baccarini
Erazo, manual de urgências em pronto-socorro/Marco Tulio Baccarini Pires,
Sizenando Vieira Starling – 8.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Co-autor:
José Alfreu

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 4: Cardiologia

Kit ICC

1-Kit Paciente Grave SN
2-Dieta hipossódica (2 – 4g NaCl / dia) com restrição hídrica
2-Cabeceira elevada 45º
3- O_2 CN 3L / min S.N.
4-Diurético: Furosemida (Lasix®) (diurético de alça) 2 – 4amp IV (1amp=2ml=20mg)
Manutenção: Furosemida (Lasix®) 20 – 40mg 24/24h até atingir peso seco (Existem cp na apresentação de 20 e 40mg, NÃO ultrapassar 320mg / dia)
Obs: Tiazídicos são pouco eficazes!!
5-IECA: Captopril (Capoten®) 12,5mg 1cp VO 8/8h (Aumentar dose conforme tolerância até a meta de 50mg 8/8h)
6-Digitálicos: usar nas classes 3 e 4 ou pacientes sintomáticos após uso de IECA, β-bloq e diuréticos
Cedilanide® (Lanatosídio) 1amp (1amp=2ml=0,4mg) IV
Manutenção: Cedilanide® ½ amp 24/24h OU
Cardcor® (Digoxina) ½ - 1 cp VO 24/24h (1cp=0,25mg)
7-Poupador de K: Aldactone® (Espironolactone) 25-50mg 1cp VO 24/24h (Existem cp na apresentação de 25mg, 50mg e 100mg)
8- β-bloq: Selozok® (Metropolol) 25mg 1cp VO 24/24h (Aumentar a dose conforme tolerância até atingir 200mg/dia em 4 a 6 semanas) OU
Carvedilol 3,125 1cp VO 24/24h (Aumentar a dose conforme tolerância até atingir 50mg/dia) (Existem cp na apresentação de 3,125mg, 6,25mg, 12,5mg e 25mg)
9-Se Edema Agudo de Pulmão: ver "Kit Edema Agudo de Pulmão"

O pulo do gato
Digital pode ser útil nas arritmias supra ventriculares (FA, Flutter)

É bomba
Idosos, mulheres e portadores de insuficiência renal tem risco ↑ de intoxicação digitálica

O pulo do gato

As 3 drogas que aumentam sobrevida na ICC:

1-IECA
2-Espironolactone
3-β-bloq (Metropolol, Carvedilol, Bisoprolol)

O pulo do gato

CLASSIFICAÇÃO DA ICC FORRESTER ADAPTADA		Congestão em repouso?	
		NÃO	SIM
Má perfusão em repouso?	NÃO	Quente e Secos ? A	Quente e úmido ? B
	SIM	Frio e Seco ? D	Frio e úmido ? C

A	Ajustar medicação oral para reduzir mortalidade
B	Introduzir ou aumentar as doses dos diuréticos, devem estar em uso do IECA. Em casos complexos associar Nitroglicerina e/ou nesiritide. Não usar Inotrópicos. Manter em observação ou internar nos casos graves.
C	Suspender ou ajustar IECA e β-bloqueadores, principalmente em hipotensos sintomáticos. Usar vasodilatarores pela elevada resistência vascular. Inotrópicos parenterais podem ser necessários para estabilização, mas podem levar a taquiarritmias, hipotensão, isquemia e aumento da mortalidade a longo prazo.
D	Pode apresentar poucos sintomas e estão associados a mau prognóstico. Vasodilatadores e inotrópicos podem ser necessários.

(Por José Alfreu)

Observação: Quente = Bem Perfundido
Frio = Mal Perfundido
Úmido = Congesto / Edemaciado
Seco = Não está congesto

O pulo do gato

Diagnóstico Clínico de Tamponamento Cardíaco
3 B's do Tamponamento Cardíaco
Método Mnemônico por Dayson Salvino

1º B - Bulhas abafadas
2º B - Baixa pressão
3º B - "Breack" na drenagem jugular (Estase de jugular)

Kit’s Insuficiência Coronariana Aguda (2 Kit’s)

Kit 1: Drogas na ICoA

1-Kit Paciente Grave
2- O_2 CN 5L/min ou conforme demanda
3-Morfina 1amp / ABD 8ml 2-4ml IV 4/4h ou 6/6h SN (↓ retorno venoso)
4-AAS 100mg 3cp VO Mastigar e engolir
5-Clopidogrel se intolerância ao AAS ou angina grave
Ataque: 300mg / Manutenção: 75mg 24/24h
6-Propranolol 40mg VO 12/12h OU
7-Seloken® (Metoprolol) 5mg IV 6/6h ou 12/12h OU
8-Diltiazem (Bloq C. Ca) 30mg VO 8/8h ou 60mg se angina grave ou contraindicação para β-bloq
9-Nitrato (Monocordil) 20mg 6/6h
10- Nitroglicerina (Tridil®) 1amp (1amp = 5ml = 25mg) / SF0,9% 245ml em Ecoflac IV BIC 10ml/h
Iniciar com 10ml/h e ajustar a dose de 10/10ml a cada 5 min até melhorar a dor coronariana
11- Heparina não Fracionada (Liquemine®) 5.000U/ml (1amp=1ml):
Dose ataque: 60U / Kg (paciente 60Kg= 3.600U) (Dose máx: 4.000U) ou 0,7ml (3.600U) IV em Bolus
Dose manutenção: 4ml (20.000U) / SGI 5% 246ml IV BIC (12U/Kg/h) (Paciente 60Kg = 9ml/h na BIC) (Dose máx: 1000U/h ou 12,5ml/h nessa diluição)
Obs: Colher PTTa antes de iniciar a Heparina
Dosagens de PTTa devem ser realizadas após 3, 6, 12 e 24h a partir do início da infusão, corrigindo-se a velocidade de infusão de acordo com o "normograma de ajuste da heparina" por 24 – 48 horas
12-Sinvastatina 20 – 40mg às 20h
13-IECA se IAM anterior extenso (V1-V6)

]

O pulo do gato

Regra Básica para drogas: **MONAB** (Morfina, O_2, Nitrato, AAS, β-bloq)

É bomba

Principais contra-indicação das drogas no IAM:

Morfina: hipotensão e IRpA
Nitrato: PA sitólica <90 e infarto de parede inferior + VD (se IAM só parede inferior, não contra-indica)
AAS: sangramento ativo, úlcera gástrica e alergia a AAS
β-bloqueador: hipotensão, bradicardia e BAV
Oxigênio: fazer doses menores dose em DPOC

O pulo do gato

Principais Drogas na Insuficiência Coronariana Aguda "ANGINA" Método Mnemônico por Dayson Salvino	
A	Antiagregante plaquetário (AAS, Clopidogrel)
N	Nitrato
G	Gás (O2)
I	Inibidor de trombo (heparina)
N	"Nolol" (β - bloqueador)
A	Analgesia (Morfina)

Kit 2: Exames Complementares na ICoA

1-ECG (ver "KIT INTERPRETAÇÃO DE ECG" no cap. de exames complementares)
2-Rx tórax (avaliar diagnósticos diferenciais) (ver "KIT RX DE TÓRAX" no cap. de exames complementares)
3-Enzimas Cardíacas: CPK, CKMB, Troponina: 3 amostras OU curva enzimática de 8/8h) (ver "ENZIMAS CARDÍACAS" no cap. de exames complementares)
4-Hemograma (ver "KIT EXAMES DE SANGUE" no cap. de exames complementares)

O pulo do gato

Indicação CATE:

Timi Risk	PONTOS
- Idade >65anos	1
- 3 Fatores de risco (HAS, DM, HF, Tabagismo e dislipidemia)	1
- DAC conhecida (>50% oclusão)	1
- Uso de ASS nos últimos 7 dias	1
- Angina recente (<24h)	1
- Aumento marcadores	1
- Desvio ST> 0,5mm	1

Infarto com Supra = CATE OU Infarto sem Supra + Timi Risk ≥5 = CATE

O pulo do gato

CLASSIFICAÇÃO DO IAM - KILLIP		*Mortalidade*
I	Normal, sem congestão	6%
II	Dispnéia, estertores creptantes e B3	17%
III	Edema agudo de pulmão	38%
IV	Choque cardiogênico	81%

Kit's Edema Agudo de Pulmão

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Drogas no Edema Agudo de Pulmão

1-Kit paciente grave
2- Cabeceira Elevada 45º, membros inferiores pendentes
3- O_2 3L / min C.N (avaliar necessidade ventilação não invasiva com CPAP)
4- Furosemida (Lasix®) 2 – 4amp (0,5 – 1mg/kg) IV (Avaliar necessidade Bomba Diurética)
5- Captopril (Capoten®) 25mg 1cp VO 8/8h
6- AAS 100mg 1cp VO
7- Morfina 2ml / ABD 8ml 2 – 5ml IV 2/2h (Nessa diluição 1ml = 1mg)
8- Berotec® 10gt / Atrovent® 20gt / SF 0,9% 5ml NBZ 4/4h
9- Se E. A. Pulmão Hipertensivo:
Vasodilatadores: Nitroglicerina (Tridil®) 5ml / SGI 5% 245ml IV BIC 10ml/h (titular conforme resposta)
Se não houver resposta com Nitroglicerina (Tridil®): Nitroprussiato (Nipride®) 1amp (50mg) / SGI 5% 250ml IV BIC 10ml/h (titular conforme resposta)
10- Se E. A. Pulmão Hipotensivo:
Aminas: Dobutamina (Dobutrex®) 12,5mg/ml: 1amp(20ml = 250mg) / SGI 5% OU SF0,9% 230ml IV BIC 10ml/h

Ml/h= dose x peso/ 16,6

(Paciente 60Kg – Dose mín: 7ml/h ou 2mcg/Kg/min; Dose máx: 72 ml/h ou 20mcg/Kg/min)
11- Hidratação Criteriosa / Restrição Hídrica

O pulo do gato

Principais Drogas no Edema Agudo de Pulmão "PVLMÃO" Método Mnemônico por Dayson Salvino

P	"Pril" (Captopril)
V	Vasodilatadores (Se E. A. Pulmão Hipertensivo)
L	Lasix (Furosemida)
M	Morfina
A	Aminas (Se E. A. Pulmão Hipotensivo)
O	O2

Kit 2: Kit Exames no Edema Agudo de Pulmão

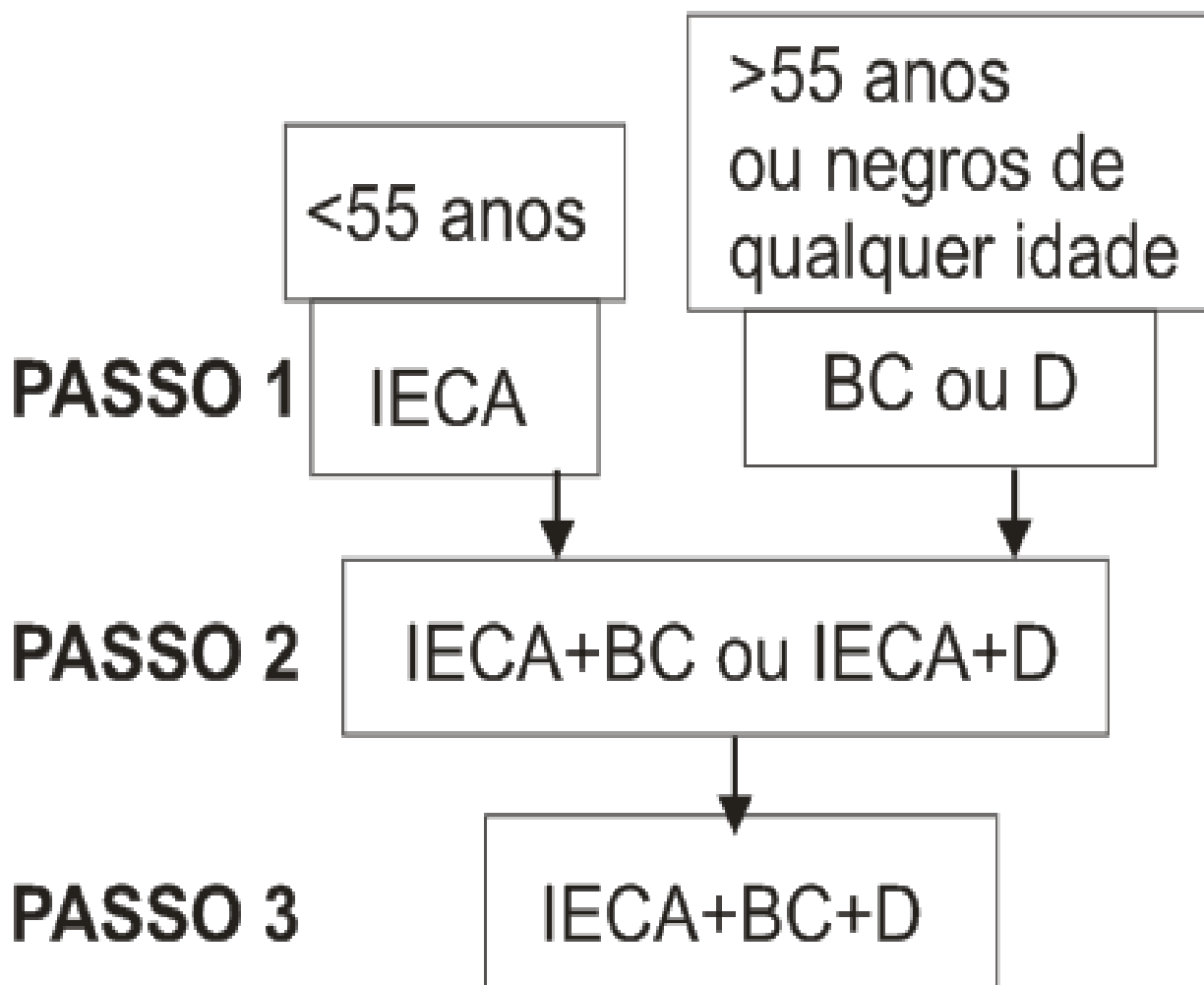
Exames Básicos:
1-ECG
2-Rx Tórax
3-Oximetria de Pulso
4-Gasometria
5-Peptídio Natriurético Cerebral

Exames Secundários:
1-Função renal: UR, CR
2-Eletrólitos: Na, K, Mg, Ca
3-Hemograma
4-Urina Rotina

Kit Bomba Diurética

1-Furosemida (Lasix®) (diur. alça) 20amp
/ Manitol 100ml IV BIC 10ml/h

Kit HAS

	<55 anos	>55 anos ou negros de qualquer idade
PASSO 1	IECA	BC ou D
PASSO 2	IECA+BC ou IECA+D	
PASSO 3	IECA+BC+D	

PASSO 4

ADICIONE:

- Tratamento diurético adicional ou alfa- bloqueador ou beta-bloqueador
- Considerar opinião de especialista

LEGENDA:

-IECA: INIBIDORES DA ECA (CAPTOPRIL, ENALAPRIL)

-D: DIURÉTICO (HCTZ OU CLORTALIDONA)

-BC: BLOQUEADOR DE CANAL DE CALCIO (ANLODIPINA, NIFEDIPINA)

Kit Urgência Hipertensiva

1- Captopril (Capoten®) 25 – 50mg 1cp VO
2- Furosemida (Lasix®) (diur. de alça) 2amp IV S.N. (1amp = 2ml = 20mg)
3- Nitroprussiato (Nipride®) 1amp(50mg) / SGI 5% 250ml em equipo fotossensível IV BIC 10ml/h
Iniciar com 10ml/h e ajustar a dose a cada 5 min conforme resposta
Infusão em ml/h = (dose x peso) / 3,3
(Dose mín 0,5 mcg/kg/min ou 4ml/h) (Dose máx 10mcg/kg/min ou 180ml/h)

É bomba
No idoso e / ou hipertenso crônico a diminuição abrupta da PA pode levar a isquemia cerebral.
Baixar a PAM (PA diastólica x 2 + PA sistólica / 3) em no máx 20% inicialmente.

O pulo do gato
A maioria dos pacientes apresenta apenas "pseudocrise hipertensiva", a crise é desencadeada por dor ou desconforto. Os níveis pressóricos se normalizam quando são usados sintomáticos. Ex: dor → analgésicos; ansiedade → ansiolíticos etc.

Kit Encefalopatia Hipertensiva

1-Nitroprussiato (Nipride®) 1amp(50mg) / SGI 5% 250ml em equipo fotossensível IV BIC 10ml/h
Iniciar com 10ml/h e ajustar a dose a cada 5 min conforme resposta
Infusão em ml/h = (dose x peso) / 3,3
(Dose mín 0,5 mcg/kg/min ou 4ml/h) (Dose máx 10mcg/kg/min ou 180ml/h)
2- Anticonvulsivantes:
Na crise: Diazepan (Valium®) infundir na velocidade de 2mg / min
Máximo de 20mg (1amp = 2ml = 10mg)
Prevenção de novas crises: Hidantal® (Fenitoina) 15 – 20mg/kg IV em SF 0,9%
Máx 50mg/min (1amp = 5ml = 250mg)

O pulo do gato

Tríade Clássica da Encefalopatia Hipertensiva
ABC da Encefalopatia Hipertensiva
Método Mnemônico por Dayson Savino

A - Alta pressão (Hipertensão arterial)
B - "Bolhas" de papila (Papiledema)
C - Consciência alterada

Kit Bradiarritmias

(FC< 60 + condições clínicas inadequadas)
1-"Kit Paciente Grave" (Cap. Urgência e Emergência) S.N.
2- Monitorização, ECG contínuo (identifique o ritmo) e oxímetro de pulso
3- O_2 por cateter nasal (CN) até 5L/min OU por Máscara de Hudson OU Máscara de Alto Fluxo até 15L/min OU Intubação Orotraqueal (IOT) se não houver melhora do quadro
(Para + detalhes, ver: "Kit Intubação" no Cap. "Urgência e Emergência")
4- Observar sinais de perfusão inadequada (alterações nível de consciência, dor torácica constante, hipotensão arterial ou outros sinais de choque)

Sem sinais de perfusão inadequada:
5- Observação + Monitorização

Em caso de perfusão inadequada:
6-Marcapasso transcutâneo (sem demora em BAV 2º grau tipo II e BAVT!!)
7- Atropina (0,5mg/ml) 1ml IV (1amp= 1ml= 0,5mg) (até 6 doses), enquanto aguarda marcapasso
8- Dopamina (Revivan®) 5mg/ml: 5amp (1amp = 10ml) / SGI 5% 200ml IV BIC

Ml/h= dose x peso/ 16,6

9- Tratar causas associadas
10- Avaliação do cardiologia ou cirurgia cardíaca

O pulo do gato
Apesar de estar em desuso por alguns profissionais, pela disponibilidade de outras drogas equivalentes (NORA com ação α ou DOBUTA com ação β), a dopamina tem indicação precisa em CHOQUE COM BRADICARDIA, até ser disponibilizado o marcapasso.

O pulo do gato
Lembre-se: Paciente grave = M.O.V. (Monitorização, Oxigênio e Veia)

Kit Taquiarritmia com Pulso (3 kit's)

Kit 1: Kit Básico do Paciente com Taquiarritmia

1-"Kit Paciente Grave" (Cap. Urgência e Emergência) S.N.
2- Monitorização, ECG contínuo (identifique o ritmo) e oxímetro de pulso
3- O_2 por cateter nasal (CN) até 5L/min OU por Máscara de Hudson OU Máscara de Alto Fluxo até 15L/min OU Intubação Orotraqueal (IOT) se não houver melhora do quadro
(Para + detalhes, ver: "Kit Intubação" no Cap. "Urgência e Emergência")
4- Identificar e tratar causas reversíveis

Em caso de persistência dos sintomas:
5- Avaliar estabilidade do paciente (alterações no nível de consciência, dor torácica constante, hipotensão e outros sinais de choque)

Se paciente instável:
6- Realizar cardioversão sincronizada imediatamente
7- Avaliação da cardiologia

Se paciente estável:
8- Providenciar ECG 12 derivações
9- Observar QRS (estreito ou alargado >= 0,12s ou 3□) e Ritmo (regular e irregular)
10- Ver o Kit específico (Taquicardia com QRS Estreito: regular e irregular; Taquicardia com QRS Alargado: regular ou Irregular)

Kit 2: Kit Taquiarritmias com QRS Alargado

(QRS alargado >= 0,12s ou 3□)
1-Avaliar o ritmo se é Regular ou Irregular

Se ritmo Regular
(taquicardia ventricular ou ritmo incerto)
2- Amiodarona 150mg IV em 10 min. Repetir conforme necessário até dose máx de 2,2g/24h
3- Providenciar cardioversão sincronizada eletiva
4- Se TSV com aberrância, mesmo tratamento que "QRS estreito regular"

Se ritmo Irregular
1 – Se Fribrilação Atrial com aberrância:
*usar mesmo tratamento que "Taquicardia Irregular com QRS Estreito"
2- Se FA e pré-exitação (FA + WPW):
*Considere o uso de antiarrítmicos (Amiodarona 150mg IV em 10min.)

*Evitar uso de bloqueadores do nó AV (Por ex: adenosina, digoxina, diltiazem, verapamil)
*Recomenda-se pelo ACLS avaliação de especialista
3- Se TV polimórfica recorrente:
*Recomenda-se pelo ACLS avaliação de especialista
4- Se Torsades de Pointes:
*Magnésio: dose ataque 1 – 2mg IV em 5 – 60min

Kit 3: Kit Taquiarritmia com QRS Estreito

(QRS estreito < 0,12s ou 3□)
1-Avaliar ritmo se Regular ou Irregular

Se ritmo Regular
1 – Manobras Vagais
2- Adenosina 6mg em Bolus IV rápido
3- Se não houver reversão: Adenosina 12mg em Bolus IV rápido (até 2 doses)
4- Se houver reversão:
*Provável TSV com reentrada
*Observe se há recorrência
*Trate a recorrência com agentes bloqueadores do nó AV de ação prolongada (Por ex: Diltiazem, β-bloq)
5- Se não houer reversão:
*Provável Flutter Atrial, Taquicardia atrial ectópica ou Taquicardia juncional
*Controle a FC (Por ex: diltiazem, β-bloq)
*Trate a causa de base
*Recomenda-se pelo ACLS avaliação de especialista

Se ritmo Irregular
1 – Provável FA ou possível Flutter Atrial ou TAM (Taquicardia atrial multifocal)
*Controle a FC (Por ex: diltiazem, β-bloq)

*Recomenda-se pelo ACLS avaliação de especialista

<u>É bomba</u>
Use β-bloq com cautela em pacientes com doença pulmonar ou ICC.

<u>O pulo do gato</u>
Os sinais relacionados a FC não são comuns se FC <150.
Uma FC > 150 eleva o consumo de O_2 pelo miocárdio em até 4X.

Kit Cardioversão Química

Ancoron® (Amiodarona)
1 - Ataque: 300mg ou 2amp (1amp = 3ml = 150mg)
Ancoron® (Amiodarona) 2amp / SGI 5% 100ml IV BIC correr em 30min

2 - Manutenção: 900mg ou 6amp
Ancoron® (Amiodarona) 6amp / SGI 5% 250ml IV BIC correr em 24horas, sendo que:

Nas primeiras 6h:
Correr 1mg/min (360mg em 6h)
Velocidade de infusão na BIC: 16ml/h

Nas próximas 18h:
Correr 0,5mg/min (540mg em 18h)
Velocidade de infusão na BIC: 8ml/h

O pulo do gato
Indicações:
Taquicardias ventriculares
F.A. aguda sem repercussão hemodinâmica

É bomba:
Deve-se ter cautela no uso de Amiodarona por risco de BAVT.
Não combinar Amiodarona com Digital (risco ↑↑↑ de bloqueio!!)

Bibliografia do capítulo 4 (Cardiologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Cecil Textbook of Medicine
Translation of the twenty-first English language edition
W.B. Saunders Company,
Philadelphia, PA 19106

Curso de Atualização em Emergências Médicas - AMB (http://www.universidademanole.com.br)

American Heart Association. ACLS - Advance Cardiologic Life Suppor 2006

www.medicinaatual.com.br

Algorítimo de tratamento da HAS – Sociedade Brasileira de Cardiologia 2010 (com adaptações)

Padronização da abordagem no Edema Agudo de Pulmão Cardiogênico do Hospital Sírio Libanês 2003 (www.hsl.org.br)

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Co-autor:
José Alfreu

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 5: Pneumologia

Kit's Tratamento de Pneumonia

(6 Kit's)

Kit 1: Paciente sem comorbidades

1-Escolha: Azitromicina (Macrolídeo) 500mg VO 24/24h 3 – 5dias
2-Alternativa: Amoxicilina (β-Lactâmico) 1g VO 8/8h 7 – 10dias

Kit 2: Paciente com comorbidades ou uso de ATB há menos de 90 dias ou DPOC

1-Escolha: Levofloxacino (Quinolona) 500mg VO 24/24h por 7 – 10dias
2-Alternativa: Azitromicina (Macrolídeo) 500mg VO 24/24h + Amoxicilina (β-Lactâmico) 500mg VO 8/8h 7 – 10dias

Kit 3: Internado não grave

1-Escolha: Ceftriaxona 2g IV 24/24h + Claritromicina 500mg / SF 0,9% 250ml IV 12/12h 7 – 10dias
2-Alternativa: Levofloxacino (Quinolona) 500mg IV 24/24h 3dias no 4º dia, substituir por Levo oral e completar 7 – 10dias

Kit 4: Internado grave sem risco para Pseudomonas

1-Escolha: Levofloxacino (Quinolona) 500mg IV + Ceftriaxona 2g IV 24/24h 7 – 10 dias
2-Alternativa: Levofloxacino (Quinolona) 500mg IV + Claritromicina 500mg / SF 0,9% 250ml IV 12/12h 7 – 10 dias

Kit 5: Internado grave com risco para Pseudomonas (Bronquectasia ou Fibrose cística)

1-Escolha: Levofloxacino (Quinolona) 750mg IV 24/24h
2-Alternativa: Ciprofloxacino (Quinolona) 400mg IV 12/12h
Associado a:
1-Escolha: Cefepime 1g IV 8/8h

2-Alternativa 1: Pipe + Tazo 4,5g IV 8/8h
3-Alternativa 2: Meropenem 1g IV 8/8h 7-10dias

Kit 6: Pneumonia Aspirativa

1-Escolha: Ceftriaxona 2g IV 24/24h + Clindamicina 600mg / SF 0,9% 100ml IV 8/8h 7 – 10dias
2-Alternativa: Amoxicilina 500mg + Clavulanato IV 8/8h 7 – 10dias

O pulo do gato

Critérios para internação paciente pneumonia CURB 65
C- Confusão mental ou rebaixamento consciência
U- Uréia ≥43
R- Freqüência Respiratória ≥30
B- Blond Press ou Baixa pressão PAs <90 ou PAd <60
65- Idade ≥65 anos

CURB 0- Preferencialmente ambulatorial
CURB 1- Avaliar necessidade de internação
CURB ≥2- Indicado tratamento hospitalar
CURB ≥3- Pneumonia grave
CURB ≥4- Indicado tratamento em CTI
(Analisar também condições psicossociais)

O pulo do gato

Causas de Febre
4 "Is" ou 4 "Ãos"
Método Mnemônico por Dayson Salvino

1º I - Infecção
2º I - Inflamação
3º I - Invasão (neoplasias)
4º I - Indeterminação (Febre de origem indeterminada - FOI)

Kit's Paciente DPOC

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Básico do paciente DPOC

1-Kit Paciente Grave
2-O_2 baixo fluxo - 2-3 ml/min CN (>3 é risco de carbonarcose)
3-Berotec® (Fenoterol - β2 ag ação ↓) 20 gts
Atrovent® (Ipratrópio - Anticolinérgico) 40 gts
SF0,9% 5ml
} NBZ 4 /4h
4-Hidrocortisona 100mg IV 8/8h 3dias
A partir do 4º dia: substituir Hidrocortisona por Predinisona 20-40mg VO pela manhã por até 14dias
5-Fisioterapia Respiratória

O pulo do gato

Tratamento Primário da DPOC "DPOC" Método Mnemônico Por Dayson Salvino	
D	Dilatador Brônquico (Nebulização)
P	Profissionais Especializados (Fisioterapia respiratória)
O	O2
C	Corticoide

É bomba

NÃO se faz NBZ com ABD, irrita vias aéreas podendo causar bronco-espasmo

O pulo do gato

1mg Prednisona equivale a 5mg de Hidrocortisona
Se mantiver corticoide por mais de14dias, necessário fazer desmame

O pulo do gato

O_2 X DPOC

No portador de DPOC NÃO se faz O_2 alto fluxo. Risco de carbonarcose:
1º Teoria: O portador de DPOC é retentor crônico de CO_2. Seu estímulo para respirar não vem da alta de CO_2 (fisiológico), mas da baixa de O_2. Nesses pacientes O_2 ↑ pode deprimir seu maior estímulo para respirar.
2º Teoria: O_2 no pulmão, ao contrário do restante do corpo, é um vaso dilatador. Através do efeito Shunt, as áreas com alvéolos comprometidos, sofrem vasoconstrição e o fluxo sanguíneo é desviado para áreas melhor ventiladas. Quando é administrado O_2 em alto fluxo ocorre vaso dilatação nas áreas anteriormente mal perfundidas, levando a mistura de sangue bem oxigenado com o sangue mal oxigenado, provocando a carbonarcose.

Kit 2: Kit Avançado do paciente DPOC

1-Fluimucil® (N.acetil.cisteina - espectorante) 600mg 1env / água filtrada 100ml água VO 12/12h
2-Alênia® (formoterol + budesonida) Inalar 1Jato 12/12h
3-Aminofilina (Xantina) ½ amp / SF0,9% 100ml IV 12/12h
4-Spiriva® (Tiotrópio) Inalar 1Jato 12/12h ou 24/24h
5-Ventilação não invasiva CPAP
6-Intubação S.N.

O pulo do gato

Tratamento Secundário na DPOC "NAS VIAS" Método Mnemônico por Dayson Salvino	
N	N.acetil cisteína (Flumicil)
A	Alênia (Formoterl + Budesonida)
S	Spiriva (Tiotrópio)
V	Ventilação não invasiva (CPAP)
I	Intubação Orotraqueal (S.N.)
A	Aminofilina
S	Suporte Adequado

O pulo do gato

Causas Exacerbações Agudas DPOC
1-Infecções
2-TEP
3-ICC
4-Brocoespasmo
5-Blebs (pneumotórax espontâneo primário resultante da ruptura de vesículas enfisematosas sub-pleurais)

O pulo do gato

Critérios DPOC Infectado

Necessário 2 dos 3 critérios abaixo:
1-Dispnéia
2-Aumento secreção
3-Mudança coloração secreção

Germes + prováveis: *H. Influenzae, S. Pneumoniae, M. Catarralis*

Tratamento: vide Kit's Pneumonia

Kit's Paciente Asmático

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Crise Asmática

1-O_2 3 ml/min CN
2-Berotec® (Fenoterol - β2 ag ação ↓)10gt / Atrovent® (Ipratrópio - Anticolinérgico) 20gt / SF 0,9% 5ml NBZ 4/4h
3-Hidrocortisona 100mg IV 8/8h SN
4-Se asma refratária: Aminofilina (Xantina) 1amp (1amp=10ml=240mg) / SF 0,9% 100ml Correr em 30min

Kit 2: Kit Drogas de Manutenção na Asma

Grau 1 (Internitente) = 1 droga na manutenção
Na Crise: Aerolin® (Salbutamol, β2 de curta) 100mcg / jato Inalar 3jatos 8/8h

Grau 2 (Leve) = 2 drogas na manutenção
Na Crise: Aerolin® 100mcg / jato Inalar 3jatos 8/8h
Manutenção: Clenil® (Beclometasona, corticoide inalatório) 250mcg/jato Inalar 2jatos 12/12h

Grau 3 (Moderado) = 3 drogas na manutenção
Na Crise: Aerolin® 100mcg / jato Inalar 3jatos 8/8h
Manutenção: Clenil® 250mcg/jato Inalar 2jatos 12/12h
Foradil® (Formoterol, β2 de longa) 12mcg/jato Inalar 2jatos 12/12h

Grau 4 (Grave) = 4 drogas na manutenção
Na Crise: Aerolin® 100mcg / jato Inalar 3jatos 8/8h
Manutenção: Clenil® 250mcg/jato Inalar 2jatos 12/12h
Foradil® 12mcg/jato Inalar 2jatos 12/12h
Decadron® (Dexametasona, cort. sist.) 0,5mg 1cp VO 12/12h

O pulo do gato

Diagnótico Clínico de Asma
ABCDE da Asma
Pêntade de Dayson Salvino

A - Aperto no peito (Dor torácica tipo aperto)
B - Broncodilatador (Melhora pós uso da droga)
C - Chiado (Sibilos)
D - Dspneia
E - Exectoração (Tosse com ou sem expectoração)

O pulo do gato

Avalia apenas a freqüência dos sintomas e o despertar noturno.

CLASSIFICAÇÃO RÁPIDA DA ASMA		
GRAU	SINTOMAS	DESPERTAR
I	Mensais ↓	Raros ↑
II	Semanais	Mensais
III	Diários	Semanais
IV	Contínuos	Diários

É bomba

Não fazer NBZ com ABD, causa irritação vias aéreas e broncoespasmo

É bomba

Não aplicar Aminofilina pura ou rapidamente, risco ↑↑↑ de arritmias e PCR.

O pulo do gato

"Lembre-se: nem tudo que sibila é asma e nem toda asma tem sibilo."

Causas de Sibilo Pulmonar
4 C's do Sibilo
Método Mnemônico por Dayson Salvino

1º C - Congestão pulmonar
2º C - Contração brônquica (Broncoespasmo)
3º C - Corpo estranho
4º C - "Coágulo" Pulmonar (TEP)

Kit Tabagismo

1-Zyban® (Bupropiona) 150mg 1cp VO de 12/12h por 45dias
Orientar o paciente a parar de fumar com até com 15dias e manter a medicação por mais 30dias.

Kit Placebo

1-Mucolítico: Carbocisteina 250mg/5ml 5ml 8/8h
2-Placebo: Carbocisteina 100mg/5ml 2ml 12/12h

Bibliografia do capítulo 5 (Pneumologia):

Consenso de tratamento de pneumonia da SBPT 2009

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007
Site Pneumo Atual

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Cecil Textbook of Medicine
Translation of the twenty-first English language edition
W.B. Saunders Company,
Philadelphia, PA 19106

Guyton, Arthur C., 1919 – 2003
Tratado fisiologia médica / Arthur C. Guyton, John E. Hall; tradução de Barbosa de Alencar Martins...[et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Co-autor:
José Alfreu

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 6: Endocrinologia

Kit's do Paciente com Diabetes Melitos (2 Kit's)

Kit 1: Kit Básico do Paciente Diabético

1-Dieta para diabético
2-Glicemia capilar às 6, 11, 17 e 22h ou glicemia capilar de 6/6h
3-Insulina Regular (IR) SC conforme esquema abaixo:

Se glicemia: entre 180 – 250 4U
251 – 300 6U
301 – 350 8U
351 – 400 10U
Maior que 400 12U
Menor que 60 40ml SGH 50% / ABD IV

Às 22h só fazer IR se glicemia maior que 250 2U SC se paciente magro ou 4U se paciente gordo.

💣 **É bomba**

Às 22h só se faz IR se glicemia muito alta e a correção é com pouca IR, pelo risco de hipoglicemia noturna, mais lesiva que a hiperglicemia.

O pulo do gato

Como analisar as glicemias:

Glicemia das 6h: analisa o efeito da NPH da noite
Glicemia das 17h: analisa o efeito da NPH da manhã
Glicemia das 22h: analisa o efeito da IR das 18h

O pulo do gato

Caso haja necessidade de uso IR:
No dia posterior ajustar a dose da NPH:

U de IR usadas / 3 = U de NPH a serem acrescentadas
Ex: usou 10U IR: acrescenta-se 3 U NPH

<u>O pulo do gato</u>

Diagnóstico DM

1-Glicemia jejum ≥ 126 em duas medidas OU Glicemia ≥ 200 + sintomas em uma medida

*Glicemia jejum (Referência 70 – 125)
- Duas dosagens ≥ 126 ou uma dosagem ≥ 200 + sintomas de DM = diagnóstico de DM
- Duas dosagens entre 100-125 = estado pré-diabético

*Glicemia pós-prandial (Referência < 141)
Se ≥ 200mg/dl = DM. Se entre 140-199 = intolerância à glicose

O que é a “HB Glicada” (Referência 4 – 6)
É um marcador de controle do DM. Aumentada no diabetes mal-controlado. Níveis de até 7,0% são tolerados no tratamento do DM.
<u>NÃO</u> é usada no diagnóstico.

Kit 2: Kit Cetoacidose Diabética

- Exames complementares:

1-Glicemia capilar 1/1h
2- Gasometria arterial 2/2h (ideal), na prática 6/6h
3- Íons: Na, K, Mg, Cl e P (principal K)
4- Outros: Hemograma, EAS, Rx tórax, ECG

- Hidratação:

1-SF 0,9% 1L IV livre
2- SF 0,9% 1L IV correr em 2h
3- SF 0,9% 1L IV correr em 4h
4- SF 0,9% 1L IV correr em 8h
5- Quando glicemia capilar ≤250 iniciar SGF
Ideal:
1-Inicial: SF 0,9% 1000ml/h até corrigir choque
2- Manutenção: SF 0,9% 250 – 500ml/h
Se Na <135 usar NaCl 0,9%
Se Na >135 Usar NaCl 0,45%

- Reposição de K:

(valor referência K: 3,5 – 5,5)
1-Se K 3,3 – 5,5: Fazer 20 – 30mEq (15 – 20ml KCl 10%) IV / Litro de Soro ou 1amp de10ml por Soro de 500ml
2- Se K <3,3 Fazer 40mEq (30ml KCl 10%) IV / Litro de Soro
3- Se > 5,5: não repor
1amp KCl 10% = 10ml (1,34mEq de K / ml = 13,4mEq K)

- Insulinoterapia:

1-Ataque: Insulina Regular 10U IV em Bolus (ideal 0,15U / kg)
2- IR 50U / SF 0,9% 100ml 10ml/h IV BIC (ideal 0,1U / Kg / h)

- Controle da Glicemia

1-Pedir Glicemia de 1/1h
2- Baixar Glicemia 50 – 70 / h (Meta: Glicemia < 250)
Se redução < 50 / h: dobrar taxa de infusão da insulina na BIC
Se redução >70 / h: baixar taxa de infusão pela metade
Antes de suspender insulina na BIC fazer 10U IR SC, desligar BIC só 1h depois.

- Controle do pH / Reposição de Bicarbonato

(Referência pH normal: 7,35 – 7,45)
1-Se pH 6,9 – 7,0: Bicarbonato 8,4% 50ml / 200ml ABD IV correr em 1h
2- Se pH < 6,9: Bicarbonato 8,4% 100ml / 400ml ABD IV correr em 2h
3- Repor Bicarbonato até atingir pH >7

É bomba
Se normalizada a glicemia, porém pH permanece baixo e / ou Bicarbonato <18, correr 5U IR + 500ml SGI 5% IV 100ml/h

O pulo do gato
Critérios de controle da cetoacidose diabética
1-Glicemia < 250
2- pH > 7,3
3- Bicarbonato > 18
4- Controle do fator precipitante

Bibliografia do capítulo 6 (Endocrinologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Co-autor:
José Alfreu

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 7: Nefrologia e Urologia

Kit's Distúbios do Potássio

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Hipercalemia Aguda (K >4,5)

1-Kit Paciente Grave S.N.
2- Gluconato de Cálcio 1 amp 10ml / SF0,9% 100ml IV livre (Estabilizar membrana)
3- Berotec 10-20gt / SF0,9% 5ml NBZ 2/2h
4- IR 10U / SGH 50% 100ml IV correr em 20min OU IR 8U SC (se hiperglicemia)
5- Bicarbonato 8,4% 50ml IV em 20 min 4/4h
6- Lasix® (Furosemida, diur. alça) 2-4 amp IV 4/4h (se estiver urinando)
7- Providenciar diálise de urgência

O pulo do gato
Solução Polarizante: Usa-se 5 – 10g de glicose para cada 1U IR

É bomba
Critérios para diálise de urgência
- Hipercalemia grave refratária ou recorrente
- Hipervolemia grave refratária (HAS, Edema pulmonar)
- Acidose metabólica grave refratária ou recorrente (Acidemia BE ↓↓↓)
- Sindrome urêmica (encefalopatia, confusão mental, náuseas, vômitos, hemorragia ou pericardite urêmica).

Kit 2: Kit Hipocalemia / Reposição de K

Kit2.1: Kit Hipocalemia Leve / Moderada (K 2,8 – 3,5)

1-Xarope Cloreto de potássio 900mg/15ml (0,8mEq/ml) 15ml V.O. DE 8/8h
Dosar K: 12/12h

Kit2.1: Kit Hipocalemia Grave (K <2,8)

FASE RÁPIDA:
1-SF0,9% 400ML + kcl10% 20ml (2ampolas) IV em 2h

FASE LENTA:
Nº de ampolas em 24h = (déficit de K + Peso) / 13
Dosar K: 6/6h

Se hipocalemia refratária a reposição de KCl:
verificar e repor Mg

- Velocidade de infusão: Não ultrapassar 20 mEq/h.
1 ampola KCl → 10ml → 13mEq

💣 **É bomba**
Taxa de infusão máxima de K:
Máx. de 100mEq / Litro de Soro (75ml de KCl 10%)
Máx. de 20 – 40mEq / h (30ml de KCl 10%)
Máx. de 250mEq / dia (185ml de KCl 10%)

💣 **É bomba**
Fazer KCl preferencialmente em veia central
Concentração máx. em veia central: 200meq / L de solução (150ml de KCl 10%)
Concentração máx. em veia periférica: 40meq / L de solução (30ml de KCl 10%)

💣 **É bomba**
Manter paciente monitorizado
Se houver necessidade de diurético, usar poupador de K

Kit Gasometria Arterial

1° Etapa:
Analisar pH (Referência: 7,35 – 7,45)
<7,35 ↓ acidose
>7,45 ↑ alcalose

2° Etapa:
Analisar PCO_2 (Referência 35 – 45)
<35 ↑ alcalose Respiratória
>45 ↓ acidose Respiratória

3° Etapa:
Analisar pHCO3 (22 – 26)
<22 ↓ acidose Metabólica
>24 ↑ alcalose Metabólica

4° Etapa:
Analisar Base Excess (+2 / -2)
- Alterado: distúrbio crônico
- Normal: distúrbio agudo
>+2 ↑ Alcalose metabólica
<-2 ↓ Acidose metabólica

5° Etapa:
Descobrir sem tem distúrbio misto.
Analise o valor esperado da compesação.
- Alcalose Respiratória: HCO3 ↑ 4 pra cada 10 de PCO_2.
- Acidose Respiratória: HCO3 ↓ 3,5 pra cada 10 de PCO_2.
- Alcalose Metabólica: PCO_2 = HCO3 + 15
- Acidose Metabólica: PCO_2 = (HCO3 x 1,5) + 8

<u>O pulo do gato</u>
1ª. O organismo nunca hipercompensa. Se o indíviduo tem uma acidose metabólica, ele nunca vai hipercompensar com alcalose respiratória.
2ª. Sempre o pH estará tendendo para o principal distúrbio.
3ª. PO_2 = 100 - (1/3xidade) → tem que ser acima desse valor e abaixo de 100.

É bomba

Na maioria das vezes, a correção da doença de base normaliza a gasometria sem que necessariamente, haja correção dos parâmentros com reposição de eletrólitos. Observe abaixo alguns exemplos de causa de base:

Bicarbonato

Se ↑, pensar em hipocalemia, hiperaldosteronismo, hipercortisolismo, uso de iECA, compensação de acidose respiratória crônica; hipovolemia; uso de diuréticos; vômitos; adenoma viloso do cólon
Se ↓, pensar em insuficiência renal e supra-renal; acidose lática; CAD; rabdomiólise; intoxicação por etilenoglicol, metanol e salicilatos; ATR; hipoaldosteronismo; diarréia

pCO_2

Se ↓, pensar em dor, ansiedade, febre, sepse, hipóxia, compensação de acidose metabólica, crise asmática, estimulação do centro respiratório por outra causa
Se ↑, pensar em obstrução de grandes ou pequenas vias aéreas, dçs neuromusculares, sedação, torpor / coma, Sd de Pickwick, compensação da alcalose metabólica

pO_2 (Referência > 60)

Se ↓, pensar em condições que piorem a troca pulmonar, causando efeito shunt (pneumonias, EAP), distúrbio V/Q (asma, DPOC, TEP), hipoventilação (neuropatias, depressão do centro respiratório), shunt direita-esquerda (tetralogia de Fallot), anemia grave, intoxicação por CO

pH

Se ↑, pensar em
alcalose metabólica: hipovolemia, hipocalemia, hipercortisolismo
alcalose respiratória: hiperventilação (dor, febre, ansiedade, TEP)
Se ↓, pensar em
acidose metabólica: acidose lática, rabdomiólise, cetoacidose diabética, ATR
acidose respiratória: obstrução de vias aéreas, dçs neuromusculares

Kit's Insuficiência Renal

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Prescrição Insuficiência Renal

1-Kit Paciente Grave
2- Dieta para Insuficiência Renal
3- Diurese ou Balanço Hídrico 12/12h
4- Sonda Vesical Demora
5- Avaliação Nefrologia

Kit 2: Kit Exames Insuficiência Renal

1-US Rins, Vias Urinárias e Próstata
2- EAS
3- Creatinina Urinária e Sérica
4- Uréia Urinária e Sérica
5- Íons Séricos: Na, K, Mg, Ca, Fosfato
6- Gasometria (avaliar Bicarbonato)

Kit ITU

1-SMZ + TMP 400mg 2cp VO 12/12h 7-10dias OU
2- Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h 3-5dias OU
3- Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h 3-5dias
4- Se ITU complicada, Norfloxacino por até 21dias

O pulo do gato

Cipro X Norfloxacino

Norflaxacino e Ciprofloxacino tem eficácia semelhante nas ITU's baixas.
Cipro tem melhor penetração no parênquima renal, sendo a melhor escolha nas pielonefrites.
Cipro tem maior eficácia para *Pseudomonas*.
O tratamento com Cipro fica em média de 3 a 5x mais caro que o tratamento com Norfloxacino.

Kit Cólica Renal

1-Tilatil® (Tenoxican) 40mg IV
2- Morfina 1amp (2ml=10mg) / ABD 8ml Fazer 2-4ml de 4/4h IV lento SN (Nessa diluição: 1ml = 1mg) OU
Dolantina® (Meperidina) 1amp (1amp = 2ml = 100mg) / ABD 8ml
Fazer 5ml 4/4h S.N.(Nessa diluição 1ml = 10mg)
3- Buscopan Composto 1amp IV 6/6h
4- Se vômito: Metroclopramida (Plasil®) 5mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 8/8
5- SGI 5% 250ml IV

Bibliografia do capítulo 7 (Nefrologia e Urologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Blackbook – Cirurgia / Andy Petroianu, Marcelo Eller Miranda, Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2008

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Protocolo de Dist. Hidroeletrolíticos do Serviço de Clínica Médica e Terapia Intensiva do Hospital Geral Waldemar Alcantara 2010 (www.isgh.org.br)

Riella, Miguel Carlos
Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos / Miguel Carlos Riella. – 4ªed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koopan, 2008. it.;

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Co-autor:
José Alfreu

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 8: Hematologia

Kit’s Anemias

Kit 1: Kit Investigação do Paciente com Anemia

1-Hemograma completo
2-Contagem de reticulócitos
3-Taxa corrigida de reticulócitos: (CR x Ht / 40) / 2
4-Cinética do ferro: Ferro Sérico
Ferritina Sérica
Índice Saturação da Tranferina (IST)
Capacidade Ligação Latente da Ferritina (CLLF)
Capacidade Total Ligação da Ferritina (CTLF)
5-LDH
6-Ácido fólico
7-Vitamina B12
8-Bilirrubinas total e frações
9-VHS e PCR

O pulo do gato

Como interpretar rapidamente os exames:
(Diminuído↓; Aumentado↑; Normal→)
1-Hemoglobina: >8 Dç Crônica
<8 Anemia Ferropriva
2-Cont. Reticulócitos: >2 Anemias Hiperproliferativas
<2 Anemia Hipoproliferativas
3-RDW (10 -15%): ↑ Anemias Ferropriva, Hemolítica
→ ou ↑ Anemia Dç Crônica
4-Fe Sérico (50 – 150): ↓ Anemias Ferropriva
→ ou ↓ Dç Crônica
5-Ferritina Sérica (20 – 200): ↓ Anemias Ferropriva
→ ou ↑ Dç Crônica
6-IST (30 – 40): ↓Anemia Ferropriva
→ ou ↓ Dç Crônica
7-CLLF: ↑ Anemia Ferropriva
→ ou ↓ Anemia Dç Crônica
8-CTLF: ↑ Anemia Ferropriva

→ ou ↓ Anemia Dç Crônica
9-LDH (250 – 500): ↑ Anemia Hemolítica
↑ Eritropoiese ineficaz
10-Vit. B 12 (200 – 900): ↓ Anemia Megaloblástica
11-Ác. Fólico (2,0 - 20): ↓ Anemia Megaloblástica
11-Bilirrubinas (principalmente ind.): ↑ Anemia Hemolítica
12-VHS (< 20): → Anemia Ferropriva
↑ Anemia Dç Crônica
13-PCR (< 0,5): → Anemia Ferropriva
↑ Anemia Dç Crônica

É bomba

Anemia NÃO é uma doença, é um sinal que existe alguma doença.
SEMPRE investigar a causa.

Kit 2: Kit Anemia Ferropriva

1-Sulfato Ferroso 40mg 2cp VO 3x ao dia junto as refeições 6meses
2-Combiron® (Polivitamínico) 1cp VO 2x ao dia 3meses
3-Se intolerância por Via Oral, Noripurum® (Ferro Parenteral) 1amp (1amp = 100mg = 2ml) IV 24/24h

Kit 3: Kit Anemia Megaloblástica

1-Citoneurin®(Polivitamínico) (1amp = 3ml = B1: 100mg; B6: 100mg; B12: 1mg) (1cp= B1: 100mg; B6: 200mg; B12: 50mcg)
1º - 7º dia: 1amp IM 24/24h
8º - 30ºdia: 1amp IM 7/7dias
31º - 60º dia: 1amp IM 15/15dia
Manutenção: 1 amp IM OU 1cp VO 30/30dias

Kit's Anemia Falciforme

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Básico Anemia Falciforme (Crise Vaso-oclusiva)

1-Kit Paciente Grave
2- O_2 CN 5 L/min ou Conforme demanda
3- SF0,9 % 3-6 L/dia
4- Morfina 1amp (1amp = 2ml = 10mg) / ABD 8ml
Fazer 2 – 4ml de 4/4h IV lento S.N.
(Nessa diluição: 1ml = 1mg) OU
Meperidina (Dolantina®) 1amp (2ml = 100mg) / ABD 8ml
Fazer 5ml 4/4h S.N.
(Nessa diluição 1ml = 10mg)
5- Ácido Fólico 5mg 1cp VO 24/24h (Crise Megaloblástica)

O pulo do gato
Dica: DOLA é mais tóxica e 10X menos potente que Morfina
É indicada apenas se houver contra-indicações para Morfina (pacreatite aguda, abdome agudo obstrutivo, crise asmática etc)

É bomba
Antídoto da Morfina e da DOLA: Naloxona (Narcan®) 0,4mg/ml: 1amp(1ml) / 50Kg IV lento 5/5 min, até cessar ação da droga. Dose máxima acumulada: 10mg

Kit 2: Kit Avançado Anemia Falciforme

Se Crise Refratária:
1-Concentrado de Hemácias 300-600ml (1-2 bolsas)
Importante: saber Hb basal do paciente

Se febre:
1-Hemocultura
2-Iniciar ATB: Ceftriaxona 2g IV 24/24h
3-Investigar foco infeccioso

O pulo do gato
Dica: se TEM anemia falciforme, NÃO TEM baço!!
Mesmo pacientes não submetidos a esplenectomia cirúrgica, fazem auto-esplenectomia por crises vaso-oclusivas repetidas

<u>É bomba</u>

Risco ↑ para germes incapsulados (não tem baço)

ATB tem que cobrir Pneumococco

Kit Transfusão Sanguínea

1-Concentrado de Hemácias (CH) 1bolsa (300ml) para cada ponto de HB que deseja ser acrescido. Ex: HB Atual 8; Objetivo HB 10; Infundir 2 bolsas
2-Plaquetas (PL) 1U para cada 10Kg de peso

O pulo do gato
1 bolsa de CH ↑ HB de 1 (1-1,5pontos)
1 U PL ↑ PL em 10.000 (5.000-10.000)
A “dose” de PL é de 1U / 10kg (7-10Kg)
O pulo do gato
HB basal X Hemotransfusão:
Como regra geral usa-se (Hb desejada – Hb atual) x peso x 3

O pulo do gato
HB basal X Hemotransfusão X Dç Associada:
HB<7,0 com sangramento agudo
HB<10 + Dç Arterial Coronariana
HB<10 + ICC
HB<10 + Pós ressuscitação Sepse / Choque Séptico
HB<10 + DPOC com dificuldade no desmame respirador

É bomba
Não se faz CH:
Como reposição de volume
Profilaticamente quando se suspeita de um sangramento

O pulo do gato
PL, quando infundir:
PL< 100.000 + pré-operatório cirurgia oftalmo ou neuro
PL< 80.000 + hemorragia maciça
PL< 50.000 + hemorragia ativa
PL< 50.000 + pré-operatório
PL< 50.000 + CIVD + fatores risco sangramento
PL< 20.000 + CIVD
PL< 20.000 + esplenomegalia / inf. grave
PL< 10.000 + sangramento espontâneo

É bomba
Não se faz PL em:
PL ↓ por Heparina
PT Idiopática
PT Trombótica
SHU

É bomba

Não fazer + que 1 CH por vez

Se febre no momento da infusão, suspender imediatamente por risco de reações alérgicas graves, choque anafilático e CIVD

Se febre anterior a infusão, avaliar custo benefício, risco de hemólise

Bibliografia do capítulo 8 (Hematologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Métodos diagnósticos: consulta rápida / organizado por José Luiz Moller Flôres, Alessandro Comarú Pasqualotto, DanielaDornelles Rosa e Veronica Ruttkay da Silva Leite. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2002

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Hematologia e hemoterapia; fundamentos de morfologia, fisiologia, patologia e clínica / coordenação Therezinha Verrastro; Colaboradores Therezinha F. Lorenzi, Silvano Wendel Neto. – São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino

Capítulo 9: Otorrinolaringologia

Kit Faringo-amigdalite Bacteriana

1-Penicilina Bezatina 1.200.000U IM Dose Única OU
2-Amoxicilina 500mg 1cp VO 8/8h 7-10dias OU
3-Astro® (Azitromicina) 1cp VO 24/24h 5dias
4-Diclofenaco 1amp 50mg IM
5-Diclofenaco 50mg 1cp VO 8/8h

O pulo do gato

Em pacientes hipertensos preferir usar o Diclofenaco de POTÁSSIO (mesma dose do Diclofenaco de Sódio)
Associar protetor gástrico, se ecessário (Omeprazol ou Antak)

É bomba

Benzetacil tem risco de choque anafilático. Não fazer fora de ambiente hospitalar.
Não se faz teste de sensibilidade para Benzetacil. Risco choque anafilático, mesmo no teste!!
Preferir tratamento por via oral, sempre que possível.

Kit's Otites

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Otite Externa

1-Otociriax® (Cipro + Hidrocortisona) 3gt cada ouvido 8/8h 5dias
2-Se Febre, Dipirona (Novalgina®) 500mg 1cp VO 6/6h

Kit 2: Kit Otite Média

1-Amoxicina 500mg 1cp VO 8/8h 14dias
2-Astro® (Azitromicina) 500mg 24/24h 5dias
3-Se Febre, Dipirona (Novalgina®) 500mg 1cp VO 6/6h

Kit Sinusite

1-Clavulin® (Amoxicilina + Clavulanato) 500mg 1cp VO 8/8h 14dias
2-Se febre, Dipirona (Novalgina®) 500mg 1cp VO 6/6h

Kit Rinite Alérgica

1-Histamin® (Dextroclorfeniramina) 2mg 1cp VO 3x ao dia OU
2-Claritin® (Loratadina) 10mg 1cp VO 24/24h
3-Busonid® (Budesonida) Spray Aplicar 2 jatos em cada narina 2x ao dia por 60dias

Kit Rolha de Cerúmen

Cerumin 3gt em cada ouvido 3x ao dia por 3 dias
No 4º dia fazer lavagem com SF 0,9% aquecido

O pulo do gato
Dica para não esquecer: Cerumin é o remédio dos "3" (3gt, 3x /dia, 3 dias)

O pulo do gato
O soro é jogado na parede posterior do conduto auditivo. Se jogado a parede anterior (trajeto normal do conduto) há risco de perfuração da membrana timpânica.

Kit Epistaxe

1-Gelo Local
2-Compressa embebida em adrenalina intra nasal
3-Transamin® 1amp / ABD IV Lento
4-Kanakion® (Vit.K) 10mg/ml 1amp IV Lento (Até 50mg / dia)
5-Se sangramento não cessar, introduzir SVD em narina sangrante, inflar balonete com soro gelado e tracionar para cima

Kit Afta

1-Omcilon® Pomada passar no local 3x ao dia sem esfregar

Bibliografia do capítulo 9 (Otorrinolaringologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Manual PneumoAtual de Terapêutica Respiratória. José Roberto Jardim... [et al.]. – Juiz de Fora: Otimize, 2009

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino

Capítulo 10: Angiologia

Kit's TVP / TEP

(2Kit's)

Kit 1: Tratamento TEP com ão Fracionada

1-Kit Paciente Grave
2- Kit Imobilidade
3- Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV 8/8h OU
Ranitidina (Antak®) 150mg: 1cp VO 8/8h OU
Omeprazol (Losec®) 40mg/amp: 1amp / ABD 10ml IV 24/24h OU
Omeprazol (Losec®) 20mg: 2cp VO 24/24h
4- Colher PTTa antes de iniciar a Heparina
5- Heparina não Fracionada (Liquemine®) 5.000U/ml:
Ataque: 80U para cada Kg (paciente 60Kg= 5.000U ou 1ml) IV em Bolus
Manutenção: 1amp(5ml) (5.000U / ml =25.000U) / SGI 5% 245ml IV BIC 10ml/h (18U/kg/h) ajustar a dose de acordo com o PTTa, manter o PTTa entre 1,5 a 2,5 X o controle (PTTa antes do início da heparina)
6- Marevan® (Varfarina) 5mg 3cp 1º dia
7- Marevan® (Varfarina) 5mg 2cp 2º dia
8- Marevan® (Varfarina) 5mg 1cp 3º dia
9- A partir do 4º dia a dose é de acordo com o RNI
Quando o RNI estiver entre 2 – 3 por 2 dias consecutivos, suspender a Heparina não Fracionada (Liquemine®) e manter o Warfarin (Marevan®)

Heparina não Fracionada (Liquemine®): 0,25ml(5.000U) SC 12/12h OU
Heparina de Baixo Peso (Heptron®): 0,2ml (20mg) SC 24/24h (Dose profilática)

Kit 2: Tratamento da TEP com Heparina Baixo Peso Molecular

1-Kit Paciente Grave
2- Kit Imobilidade
3- Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV 12/12h OU
Ranitidina (Antak®) 150mg: 1cp VO 8/8h OU
Omeprazol (Losec®) 40mg/amp: 1amp(40mg) / ABD 10ml IV 24/24h OU
Omeprazol (Losec®) 20mg: 2cp VO 24/24h
4- Heptron 0,4ml 40mg SC 12/12h (dose plena)
5- Faz Heptron pela manhã e inicia Marevan às 18h
6- Marevan® 5mg 3cp 1º dia
7- Marevan® 5mg 2cp 2º dia
8- Marevan® 5mg 1cp 3º dia
9- A partir do 4º dia a dose é de acordo com o RNI (quando RNI estiver entre 2-3 por 2 dias consecutivos, suspender o Heptron e manter o Marevan®)

O pulo do gato

AJUSTE DO MAREVAN

RNI	CONDUTA
1,1-1,4	↑20% dose
1,5-1,9	↑10% dose
2-3	Manter dose
3,1-3,4	↓10% dose
3,5-5	↓20% dose (Suspender até RNI <3)
5-9	↓30% dose (Suspender até RNI<3, Vit.K 2,5mg VO se risco de hemorragia e 5mg se cirurgía iminente.
>9	↓40-50% dose (Suspender até RNI<3, Vit.K 10mg IM)

VALOR IDEAL
- Válvas Biológicas, FA, IAM, Cardeoembolia, AVE, Valvopatia reumática + AE: 2-3
- Válvas biológicas + FA, Valva mitral mecânica, Valva + antecedente de TEP/TVP: 2,5-3,5

O pulo do gato

A Heparina não Fracionada (Liquemine®) estimula a antitrombina III, inibindo a trombina, necessário dosar PTTa para o controle.
A Heparina de Baixo Peso (Heptron®) inibe o Fator Xa, não se faz controle pelo PTTa!!!

O pulo do gato

Probabilidade Clínica de TEP	
Variáveis	**Nº de pontos**
Sinais e sintomas de TVP	3.0
Outros diagnósticos são - provávies que TEP	3.0
FC > 100	1.5
Imobilização ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1.5
Episódio prévio TVP / TEP	1.5
Hemoptise	1.0
Câncer atual ou nos últimos 6 meses	1.0
Probabilidade Clínica	
Baixa	< 2.0
Intermediária	2.0 - 6.0
Alta	>6.0

Por Dayson Salvino

O pulo do gato

Quando Suspeitar de Trombofilia Associada a TEP:

Critérios Clínicos de Trombifilia
5 F's da Trombofia
Método Mnemônico por Dayson Salvino

1º F - Família (História familiar +)
2º F - Fatores de risco ausentes ou não aparentes
3º F - Fora do lugar (Trombos em locais atípicos)
4º F - Fenômenos trombóticos de repetição
5º F - Forty age (Idade < 40 anos)

💣 **É bomba**
Em pacientes hepatopatas, peso <45 kg, idosos ou desnutridos usar Marevan® 5mg 1cp no 1º, 2º e 3º dia.

💣 **É bomba**
Marevan® é teratogênico! Em gestante só se usa Heparina não Fracionada

💣 **É bomba**
Não usar Marevan® isolado por risco de trombose (inibe PTN **S** e **C** pró-coagulante no início - Pra Lembrar: **S**em **C**oagulação)

💣 **É bomba**
Antídoto Marevan®: Vit. K 1amp(10mg) / SF0,9% 10ml IV correr em 20min 24/24h
Antídoto da Heparina de Baixo Peso (Heptron®): Protamina 1mg para cada mg de Heptron

💣 **É bomba**
Atenção: Heparina pode levar a plaquetopenia

Kit’s Erisipela / Celulite

(2 Kit’s)

Kit 1: Kit Erisipela

1-Ambulatório: Cefalexicina 500mg VO 6/6h por 10dias OU
Penicilina Benzatina 1.200.000U IM 15/15dias
2-Hospitalar: Rocefin® (Ceftriaxona) 2g IV 24/24h 10 – 14dias

Kit 2: Celulite:

1-Hospitalar: Oxacilina 2g / SF 0,9% 50ml IV 4/4h 10 – 14dias +
Gentamicina 80mg 3amp / SF 0,9 24/24h (correr em 30 min) 5dias

Se dúvida da etiologia:
2-Rocefin® 2g IV 24/24h + Oxacilina 2g / SF0,9% 50ml IV 4/4h 10 – 14dias

O pulo do gato
Erisipela X Celulite
Erisipela:
Limites + bem definidos que a Celulite
+ superficial que a Celulite
Normalmente causada por Strepto
Celulite:
Limites mal definidos
Atinge tecidos + profundos
Normalmente causada por Stafilo

O pulo do gato
Para Erisipela Bolhosa (Stafilo), mesmo tratamento que a Celulite

É bomba
Não Usar Corticoide

É bomba
Genta:
Se usar Genta, pedir função renal a cada 3 dias
Se função renal comprometida, usar Oxa isolado

Bibliografia do capítulo 10 (Angiologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 11: Neurologia

Kit do Paciente em Coma

1-Kit Paciente Grave
2- Kit Imobilidade
3- Hemograma Completo
4- TC de crânio
5- Glicemia
6- TSH
7- T_4 livre
8- Íons (Na, K, Mg, Ca)
9- TGO, TGP, FA, Bilirrubinas, Coagulograma
10- Gasometria arterial
11- UR, CR
12- Avaliação Neurologia

O pulo do gato

Escala de Coma de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow		
MOTORA M6	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Retirada	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Nenhuma	1
VERBAL V5	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1
OCULAR O4	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1

O pulo do gato

Quando o paciente encontra-se sedado, preferir escala de Ramsay

ESCALA DE RAMSAY	
Grau 1	paciente ansioso, agitado
Grau 2	cooperativo, orientado, tranqüilo
Grau 3	sonolento, atendendo aos comandos
Grau 4	dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso
Grau 5	dormindo, responde lentamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso
Grau 6	dormindo, sem resposta

Kit TCE

1-Kit Paciente Grave
2- Kit Imobilidade
3- Substituir Midazolan (Dormonid®) por Etonidato 10ml na intubação
4- Sonda Orogástrica ao invés de SNG
5- Iniciar dieta precoce (paciente hipercatabólico)
6- Glicemia Capilar 4 /4h (hipo ou hiperglicemia lesa neurônio)
7- Anticonvulsivante: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: 1amp(5ml)
Ataque: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: 3 – 5amp / SF0,9% 250ml IV
Manutenção: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: ½ amp diluída em 10ml ABD IV 8/8h
8- Solicitar Tomografia
9- Avaliação Neurologia
10- Se suspeita de edema cerebral e não houver exames de imagem disponíveis: Manitol 20% 100ml IV Livre
11- Prevenir hipertermia (hipertermia lesa neurônio):
    Ar condicionado
    Bannho frio
    SF 0,9% a 8ºC
12- Hemograma / prevenir anemia (hipóxia lesa neurônio)
13- Eletrólitos (Síndrome cerebral perdedora de sal / Síndrome secreção inapropriada ADH
14- Gasometria arterial (pCO_2 35-40)
Se pCO_2 baixar de 40 para 20: fluxo sanguineo cai pela ½
Se pCO_2 aumentar de 40 para 80: fluxo aumento 2X
Não se faz hiperventilação, ↓ PIC, mas ↓tbm Fluxo cerebral
pCO_2 > 200 = vasocondtrição cerebral (lesa neurônio)
Não se usa SG em TCE, risco edema cerebral
Não se usa ringer, é hipotônico
Analgésico comuns não controlam febre de origem central
(Agem em prostraglandinas / mediadores de inflamação)

O pulo do gato:
Paciente Vítima de Trauma, Avaliar Possível Lesão Medular:

Quanto a Sensibilidade:

T 2 - Mamilos ("2" mamilos)
T 10 - Umbigo (T 1)
T 12 - Crista Ilíaca (T 12)
L 4 - Raiz da Coxa (COXL4)

Quanto aos Reflexos:

L 5 - Não tem Reflexo
S 1 - ("L 6") AquiL6u
L 4 - PateL4r

Kit AVE

1-Avaliação neurologia
2- Tomografia (descartar hemorrágico)
3- Captopril (Capoten®) 25mg 1cp VO 8/8h OU
  Nitroprussiato (Nipride®) 1amp(50mg) / SGI 5% 250ml em equipo fotossensível
  IV BIC 10ml/h
  Iniciar com 10ml/h e ajustar a dose a cada 5 min conforme resposta
  (NÃO BAIXAR MUITO PA)
4-Se hemorrágico:
Anticonvulsivante: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: 1amp(5ml)
Ataque: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: 3 – 5amp / SF0,9% 250ml IV
Manutenção: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: ½ amp diluída em 10ml ABD IV 8/8h
(Na dúvida se isquêmico ou Hemorrágico, NÃO FAZER Hidantal)
5-Se isquêmico, trombólise com RTPA 0,9mg/Kg (10% em Bolus e 90% em 1h)
6-SF0,9% (não usar SG)
7-Se isqêmico, AAS 300mg 1cp VO 24/24h
  (Na dúvida se isquêmico ou Hemorrágico, FAZER AAS)
  Se intolerância ao AAS, Clopidogrel 1cp VO 24/24h 75mg 24/24h
8-Sinvastatina 20-40mg às 20h

O pulo do gato
Não esquecer que "Tempo é Cérebro"
Tempo para Trombólise
Até 3h (Fazer mais rápido possível)

Tempo para Tomografia
Até 24h (Fazer mais rápido possível)

É bomba
Não usar SG no AVE, risco de edema cerebral

É bomba
No AVE a PIC ↑, a perfusão cerebral se dá as custas de ↑ PA.
Não baixar PA abruptamente, risco de isquemia cerebral.

Kit Convulsão

1-Dieta zero
2- SGI 5% 500ml IV
3- Anticonvulsivantes:
Na crise: Diazepan (Valium®) 1amp / ABD 8ml IV Lento até parar a convulsão (infundir na velocidade de 2mg / min)
Máximo de 20mg (1amp = 2ml = 10mg)
OU
Prevenção de novas crises:
Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: 1amp(5ml) / 10ml ABD IV Lento
(15 – 20mg / kg) Máx 50mg/min (1amp = 5ml = 250mg)

Se convulões repetidas:
Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: 1amp(5ml)
4- Ataque: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: 3 – 5amp / SF0,9% 250ml IV
Manutenção: Fenitoina (Hidantal®) 50mg/ml: ½ amp diluída em 10ml ABD IV 8/8h

💣 **É bomba**
Não usar Diazepan (Valium®) em gestante

Kit Enxaqueca

1-Dipirona (Novalgina®) 500mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 6/6h SN
2- Metroclopramida (Plasil®) 5mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 8/8 SN
Se não há melhora:
1-Tilatil® (Tenoxican) 40mg 1amp / ABD 8ml IV
2- Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV 12/12h OU
Omeprazol (Losec®) 40mg/amp: 1amp / ABD 10ml IV 24/24h

Casa:
1-Cefaliv® 2cp VO no início da dor, 1cp VO 8/8h se persistência da dor

O pulo do gato
Crises freqüentes e/ou que comprometem significativamente a qualidade de vida do paciente requerem tratamento profilático
Esquema 1: Nortriptilina 10mg 1cp VO à noite (- efeitos colaterais) OU
Amitriptilina 25mg 1cp VO à noite (tem no posto)
Associado a:
Propranolol 40mg 1cp VO pela manhã
Esquema 2: Amato® (Topiramato) 25mg 1cp VO 12/12h

O pulo do gato
Nortriptilina na dose 10mg não possui efeito tricíclico, mas tem efeito modulador da dor!!

É bomba
O abuso de medicamentos a base de Ergotamina (Cefaliv®, Cefalium®, Enxaque®) podem levar a crises enxaquecosas de rebote.
Caso o paciente tenha condições financeiras preferir os Triptanos (Summax®), os Triptanos custam em média 10 a 15 x mais que os ergotamínicos!!!

Kit Meningite Bacteriana

1-Punção Liquor para cultura antes de iniciar ATB
2-Rocefin® (Ceftriaxona) 2g IV 12/12h (Dose Máx. do Rocefin!!)
3-Avaliação Neuro

O pulo do gato

Tríade Clássica da Meningite
3 T's da Meningite
Método Mnemônico por Dayson Salvino

1° T - Tensão de nuca (Rigidez de nuca)
2° T - Temperatura (Febre)
3° T - Terrível dor de cabeça

Kit Soluços

1-Amplictil 3gt 30/30min. Até cessar soluço (não exceder 18gt)

Kit Neurocisticercose

1-Zentel® (Albendazol) 15mg / kg / dia dividido em 2 tomadas (Max de 800mg / dia) por 8 - 30dias
2-Associar corticóide e anticonvulsivante na 1ª semana

Kit Diagnóstico Morte Encefálica

1-Avaliação clínica
2-Dosagem de íons
3-Retirar sedação por pelo menos 24 a 48 horas
4-Solicitar avaliação da neurologia
5- Testes de apnéia: 2 positivos com intervalo de pelo menos 6 horas entre o 1º e o 2º
6- Eletroencefalograma ou arteriografia cerebral.

Bibliografia do capítulo 11 (Neurologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Guyton, Arthur C., 1919 – 2003
Tratado fisiologia médica / Arthur C. Guyton, John E. Hall; tradução de Barbosa de Alencar Martins...[et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Cecil Textbook of Medicine
Translation of the twenty-first English language edition
W.B. Saunders Company,
Philadelphia, PA 19106

Machado, Angelo B. M.
Neuroanatomia funcional / Angelo B. M. Machado; prefácio Gilberto Belifácio Campos 2ª Ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2006

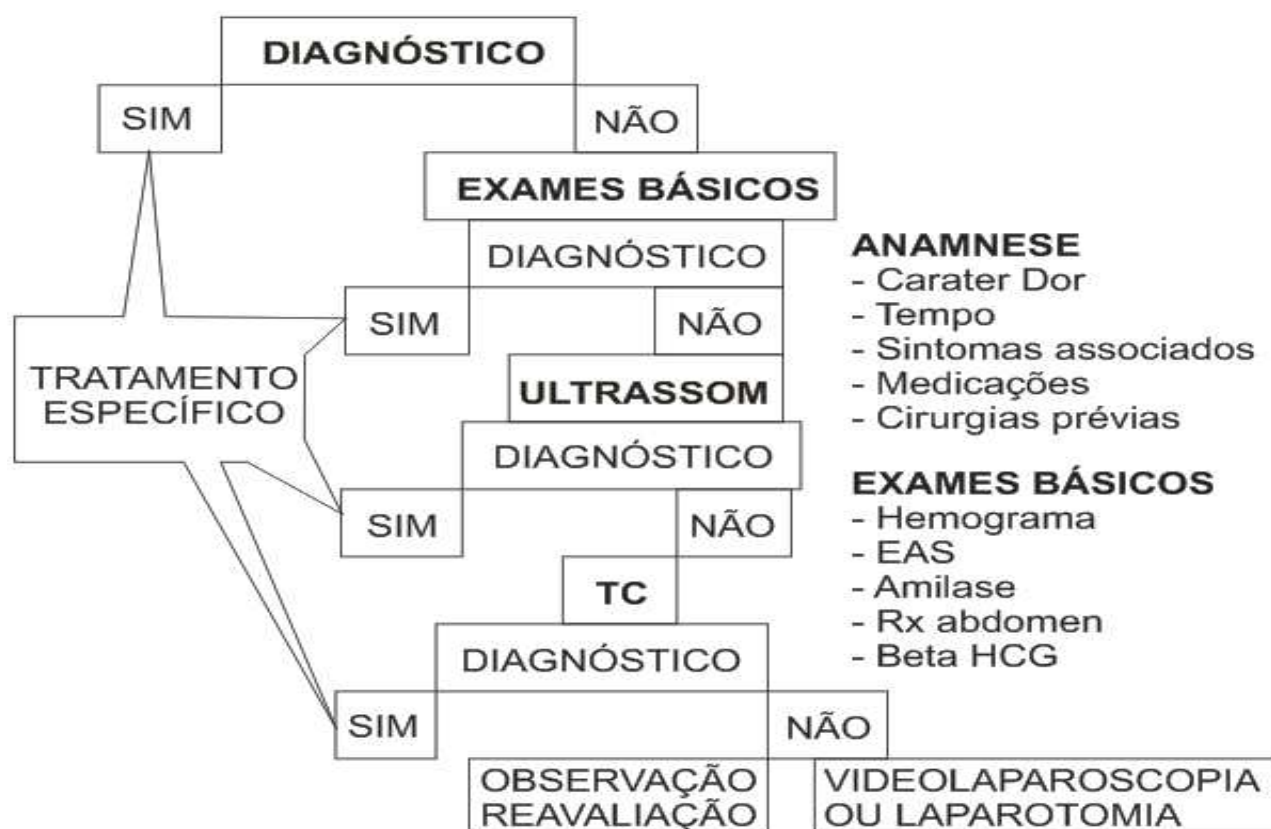
Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino

Capítulo 12: Gatroenterologia e Cirurgia

Kit Abdome Agudo

1-Kit paciente grave
2- Tratar dor adequadamente
3- Exames Básicos (para todos os pacientes): Hemograma completo, PCR, VHS, urina rotina, amilase, βHCG (♀ idade fértil), Radiografia de tórax e abdome
4- Exames Avançados (pedir conforme suspeita específica): ultra-sonogafia, TC abdome, ressonância, vídeo-laparoscopia ou laparostomia
5- Diferenciar causas cirúrgicas e não cirúrgicas
6- Avaliação da Cirurgia Geral

Kit's Pancreatite Aguda

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Exames na Pancreatite Aguda (lembrar do Hanson)

1-Hemograma completo (HC e Global de Leucócitos)
2-TGO, TGP
3-Amilase, Lipase
4-Glicema
5-LDH
6-Gasometria (pCO_2 e BE)
7-US abdome superior
8-UR, CR
9-Íons (Ca, K, Na, Mg)

Kit 2: Kit Conduta na Pancreatite Aguda

1-Kit Paciente Grave
2-Kit Imobilidade
3-Dieta suspensa até 2ª ordem
4-Hidratação venosa vigorosa ACM (± 2.500 ml / dia)
5-Analgésico Potente: Dolantina 1amp (1amp = 2ml = 100mg) / ABD 8ml
Fazer 5ml 6/6h S.N.
(Nessa diluição 1ml = 10mg)

-vademecumdointerno@gmail.com

O pulo do gato

Os Critérios de Ranson
Para Pancreatite Aguda (PA) e Pancreatite Aguda Biliar (PAB)
Método Mnemônico por Dayson Salvino

Critério	Momento
Ia o - Idade > 55 (PA) ou 70 (PAB)	Critérios de Admissão
Alcoolatra - Alta de leucócito > 16.000 (PA) ou > 18.000 (PAB)	
Tomar - TGO > 250	
Glicose - Glicemia > 200 (PA) ou > 220 (PAB)	
Lenta. - LDH > 350 (PA) ou > 400 (PAB)	
Por isso - PO2 < 60	Critérios nas 48h Iniciais
Estava - Excesso de bases ⊖ [BE < -4 (PA) ou < -5 (PAB)]	
Sempre no - Sequestro de líquidos >6L (PA) ou >4L (PAB)	
Hospital - Hematócrito reduzido em + de 10%	
Universitário - Ureia elevada em + de 10 (PA) ou + de 4 (PAB)	
Clemente Faria. - Ca2+ < 8	

3 ou + Critérios = Pancreatite Grave!!

O pulo do gato

Letalidade X Fatores de Risco

Fatores de Risco	Letalidade
0-2	<1%
3-4	15%
5-6	40%
>6	100% !!!!

É bomba

NÃO se usa Morfina em pancreatite (risco disfunção esfíncter de Oddi)

Kit's Hemorragia Digestiva Alta - HDA (3 Kit's)

Kit 1: Exames na H.D.A.

1-Hemograma Completo (com Plaquetas)
2-Tipagem Sanguínea e Rh
3-Coagulograma: PTTa, TAP, RNI
4-TGO, TGP
5-UR, CR
6-Sangue Oculto nas Fezes (hemoglobina humana)
7-Íons: Na, K, Mg, Cl
8-Glicemia
9-ECG, se >50anos

Kit 2: Condutas na H.D.A. Não Varicosa

1-Kit Paciente Grave
2-Dieta Suspensa até 2ª ordem
3-SNG
4-Lavagem gástrica com 1.000 a 1.500ml SF0,9% (controverso)
5-Avaliar estado hemodinâmico, pulso, pressão, perfusão, cianose, temperatura e estigmas de hepatopatia
6-Acesso venoso: acesso periférico (2), se perda leve ou moderada e acesso central, se perda maciça
7-SF0,9% ou Ringer 1.000ml IV livre (avaliar reposta)
8-Vit. K1amp(10mg) / SF0,9% 10ml IV correr em 20min 24/24h ou 1amp IM 24/24h
9-Omeprazol (IBP)
Ataque: 2amp (1amp = 40mg) / ABD 10ml IV em bolus
Manutenção: 2amp / 100ml SF0,9% IV BIC 10ml/h (8mg/hora) por 72h, após terapia endoscópica ou se ausência sangramento em 24 h: 20mg VO 12/12h, se forrest > IIb, IBP pode ser oral.
Se ausência sangramento em 24 h: 20mg VO 12/12h
10-Suspender antiplaquetários, AINES, anticoagulantes
11-Concetrado Hemácias 300-600ml (1-2bolsas) SN
(Manter Ht 25-30% e PA sitólica >90)
12-Plasma Fresco ou concentrado Plaquetas, se coagulopatias
13-Avaliação Endoscopista (ligadura elástica ou vasoesclerose se FORREST<IIb)
14-Intubação orotraqueal, se rebaixamento do nível de consciência.

15-Tratar H. pylori, se presente: Omeprazol 40 mg, Amoxicilina 1.000 mg e Claritromicina 500mg

Kit 3: Condutas na HDA varicosa

1-Kit HDA não varicosa, mas reposição volêmica criteriosa, preferir concentrado de hemácias a cristalóides, manter o Ht entre 25 e 30%, PAS próxima a 90.
2-Plasma Fresco ou concentrado Plaquetas, se coagulopatias
3-Drogas vasoconstritoras esplênica:
  1ª escolha: Terlipressina 2mg EV bolus 4/4h, por 24h, seguido de 1mg IV 4/4h OU
  Somatostatina 250 mcg em bolus IV 1/1h 3-7dias OU
  Octreotide Ataque:50-100 mcg em bolus IV - Manutenção: 50 mcg/h na BIC 3dias
4-Balão Sengstaken-Blakemore (hemorragia maciça sem controle por medidas endoscópicas e clínicas)
5-ATB: Ciprofloxacino (Quinolona) 400mg IV 12/12h 3dias
  Ciprofloxacino 400mg VO 12/12h completar 7-10dias
6-Lactulose 20ml, necessário para obter 2 a 3 evacuações diárias. (Acidifica o cólon,evita absorção de compostos nitrogenados, catártico. Evitar encefalopatias)
7-Propranolol 40mg 12/12h VO (reduzir FC 25%)
8-Mononitrato de isossorbida 40-80 mg 24/24h.(em pacientes intolerantes aos beta-bloqueadores)
9-Alimentação oral após 24h do último episodio de sangramento, com baixa de proteína pelo risco de encefalopatia hepática.

O pulo do gato

Fator de gravidade

Espessura da variz sangrante, presença no fundo gástrico, sinais vermelhos

O pulo do gato

Quando Indicar Alta Hospitalar:

Ausência de melena, de doença associadas, de estigmas endoscópicos de alto risco FORREST >IIb, de coagulopatia ou uso de anticoagulante, de melena. Presença de Hg>8. Acesso fácil ao hospital e acompanhantes orientados

O pulo do gato

CLASSIFICAÇÃO DE FORREST ***Método Mnemônico por Dayson Salvino***		
1. a: sangramento **A**tivo (em jato)	Sangramento Ativo	↑
B: vaso **B**abando (sangramento gotejando)		↑
2. a: **A**rtéria visível (coto vascular visível)	Sangramento Recente	↑
B: "**B**lood" aderido ("sangue" ou coágulo aderido)		→
c: **C**icatrizando (pontos de hematina na base)		↓
3. Cicatrizado (sem sinais de sangramento recente)	Sem sangramento	↓

Risco de ressangramento: Alto (↑), moderado (→) e baixo (↓)

O pulo do gato

CLASSIFICAÇÃO DE CHOQUE

PARÂMETROS	***GRAU I***	***GRAU II***	***GRAU III***	***GRAU IV***
Perda estimada (ml)	Até 750ml	750 a 1150	1500 a 2000	>2000
PA sistólica (mmHg)	> 100	100 a 80	80 a 60	<60
Pulso (bpm)	<100	100 a 120	120 a 140	>140
FR (irpm)	14 a 20	20 a 30	30 a 40	>40
Diurese (ml/h)	>30	30 a 20	20 a 5	Desprezível
Estado Mental	Normal	Ansioso	Muito ansioso ou confuso	Confuso ou Letárgico
Reposição Volêmica	Cristalóides	Cristalóides	Cristalóides + Sangue	Cristalóides + Sangue

O pulo do gato

CLASSIFICAÇÃO RÁPIDA DE CHOQUE
("A Regra dos 100")

Parâmetros	***Grau I (leve)***	***Grau II (moderada)***	***Grau III ou IV (grave)***
PA Sistólica	>100	>100	<100
Pulso	<100	>100	>100

Kit's do Paciente com Cirrose

(3 Kit's)

Kit 1: Kit Básico Cirrose

1-Kit Paciente Grave
2-Dieta para Hepatopata / Restrição sódica 88 mg diárias
3-DV 6/6h
4-Diurese ou balanço hídrico 12 /12h
5-Peso diário (espera-se perda ponderal 1kg/dia com edema ou ½ kg/dia sem edema)
6-Aldactone (Espironolactona) 100-400mg VO às 8h (Principal diurético na ascite, age na fisiopatogenia)
7-Furosemida 40-160mg VO às 8h e 16h S.N.
8-Colestiramina 4mg (1 envelope), 1env diluído em água antes do almoço e jantar em caso de prurido associado a icterícia
9-Paracentese diagnóstica (Realizar em todo paciente com ascite)
10-Paracentese de alívio S.N.

Kit 2: Kit Avançado Cirrose

Se encefalopatia:
1-Lactulose 10-30ml VO 8/8h (espera-se 2 ou + evacuações diárias)
2-Metronidazol 400 mg 1CP VO 8/8h
3-Clister Glicerinado 500 ml via retal

Kit 3: Kit Investigação do Paciente Ascítico

Sangue:
1-Albumina
2-Bilirrubinas
3-Hemograma e Tempo de Protrombina
5-TGO, TGP, GGT, FA
6-Íons
7-Lipidograma
8-Alfafetoproteina

Líquido Ascítico:
1-Albumina e triglicerídeos
2-Glicose
3-LDH
4-Amilase
5-Contagem de Neutrófilos

6-Citologia (Pesquisa de células neoplásicas) e Cultura

Outros:
1-EDA (Investigação varizes de esôfago - hepatopata tem risco ↑ sangramento)
2-US abdome total

O pulo do gato
PBE (Peritonite Bacteriana Espontânea)
+ de 250 Cél. PMN na análise do líquido ascítico
Iniciar ATB para G⊖ (Ciprofloxacino 500mg 2x ao dia)

O pulo do gato
Melhor sinal semiológico para identificação de ascite é o "Sinal da macicez móvel" e não o "Piparote". Em ascites septadas, o US define o diagnóstico.

Kit Abscesso / Furúnculo

1-Cefalexina 500mg 1cp VO 6/6h 10dias
2-Compressa Água Morna 4x ao dia para ajudar flutuar
3-Se Flutuante: Drenagem

O pulo do gato
"Abscesso drenado é abscesso curado"
Curiosidade: normalmente não se drena abscesso pulmonar cirurgicamente, pois a drenagem ocorre "naturalmente" para os brônquios!

É bomba
Antes de drenar um abscesso, deve-se assegurar que o paciente já iniciou o uso do ATB, pelo risco de disseminação bacteriana para corrente sanguínea.

Kit Gastrite / Epigastralgia

1- Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV 12/12h OU
Omeprazol (Losec®) 40mg/amp: 1amp / ABD 10ml IV 24/24h
2-Buscopan Comp.® 1amp (1amp=5ml=hioscina 20mg + Dipirona 2,5g) / ABD 5ml
3-Descartar abdome agudo (Ver "Kit Abdome Agudo")
Para casa, Omeprazol 20mg 1cp VO pela manhã em jejum

Kit Vômitos

1-Metroclopramida (Plasil®) 5mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 8/8
2- Casa: Metroclopramida (Plasil®) 10mg: 1cp VO 8/8h OU
Dramin® (Dimenidrato, inibidor H1) 100mg 1cp VO 8/8h

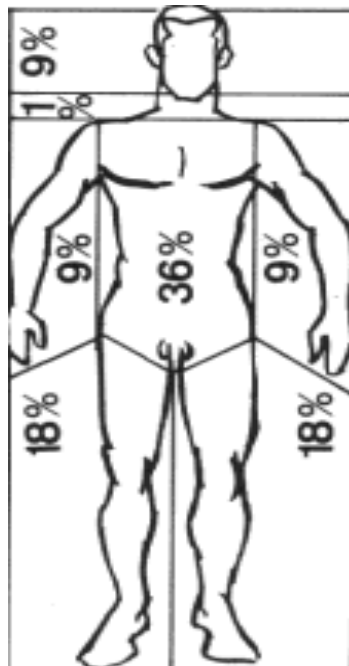
É bomba
Importante!! Usar Metroclopramida (Pasil®) com critério:
Evitar prescrever Metroclopramida (Plasil®) para casa. Risco de impregnação em núcleos da base.

Em pacientes portadores de Doença de Chagas, com megaesôfago, é frequente haver regurgitação por acúmulo de alimentos pré-cárdia. Necessário diferenciar regurgitação de vômitos, pois a Metroclopramida (Plasil®) pode piorar o quadro por provocar maior resistência do cárdia.

Kit Queimaduras

1- Kit do paciente grave S.N.
2- Kit imobilidade S.N.
3- Morfina 1 Amp 10mg + ABD 10ml → Fazer 4-5ml inicialmente e aumentar conforme resposta 6/6 ou 4/4h. Estes pacientes necessitam de altas doses e dificilmente tem uma depressão respiratória.
4 – Hidratação vigorosa baseada na formula de Parkland = 4ml x Kg x SCQ Fazer metade nas primeiras 8h e o restante nas 16h seguinte
5 – Curativo com Sulfadiazina de Prata a 1%
6 – Avaliação da Cirurgía plástica

<u>É bomba</u>
- Não usar Soro fisiológico, pois é necessário hidratação vigorosa e pode ocorrer acidose hiperclorêmica. Estudos tem mostrado maior benefícios com o Ringer Lactato.
- Não usar AINES para analgesia, pois ocorre úlceras de Curling nestes pacientes.

<u>O pulo do gato</u>
- Superficie corporal queimada (SCQ) baseado na regra dos 9.
Toda cabeça: 9%
Pescoço: 1%
Torax anterior + posterior: 18%
Abdomen anterior + posterior: 18%
Membro superior anterior + posterior: 9%
Membro inferior anterior + posterior: 18%

Kit's do Paciente Alcoólatra

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Alcoolismo Agudo

1-Kit Paciente Grave
2-Citoneurin® (Polivitamínico) (1amp = B1: 100mg; B6: 100mg; B12: 1mg) OU Comlpexo B 5amp (contém 50mg Tiamina) IV lento antes de aplicar o SGH
3-SGH 50% 40ml / ABD IV lento
4-SHI 5% 250ml IV livre
5-Se convulsão: Hidantal® (Fenitoina) 1amp (1amp=5ml=250mg) / ABD 5ml IV Lento

É bomba
NUNCA fazer SG sem tiamina: Risco de Wernik Korsakoff (encefalopatia)

É bomba
SGH é ↑ osmolar, risco de flebite se não for diluído

Kit 2: Kit Abstinência Alcoólica

1-Valium® (Diazepan) 1amp (1amp=2ml=10mg) IM 4/4h OU
2-Diazepan 10mg 1 – 2cp VO 4/4h OU
3-Lorax® (Lorazepan) 2mg 1 – 2cp VO 6/6h

Bibliografia do capítulo 12 (Gatroenterologia e Cirurgia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Blackbook – Cirurgia / Andy Petroianu, Marcelo Eller Miranda, Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2008

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Emergências clínicas: abordagem prática – Herlon Saraiva Martins...[et al.].-- 5. ed. ampl. e rev.-- Barueri, SP: Manole, 2010.

Rodrigues, Marco Antônio Gonçalves
Fundamentos em Clínica Cirúrgica / Marco Antônio Gonçalves Rodrigues, Maria Isabel Davisson Tovlsn Correia, Paulo Roberto Savassi Rocha. – Belo Horizonte: Coopmed, 2005

XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia 2005

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 13: Infectologia e Parasitologia

Kit's Metazoários

(12 Kit's)

Kit 1: Kit Necator

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
Repetir com 14dias
2-Alternativa: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO Dose Única
Repetir com 14dias

Kit 2: Kit Ascaris

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
Repetir com 14dias
2-Alternativa: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO Dose Única
Repetir com 14dias

Kit 3: Kit Estrongilóides

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
Repetir com 14dias
2-Alternativa: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO Dose Única
Repetir com 14dias

Kit 4: Kit Ancilostomíase

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
Repetir com 14dias
2-Alternativa: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO Dose Única
Repetir com 14dias

Kit 5: Kit Enteróbios (Oxiúrus)

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
Repetir com 21dias
2-Alternativa: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO Dose Única
Repetir com 21dias

O pulo do gato
Pensou em MEtazoários: Pensou em MEbendazol, antiparasitário de 1ª escolha na maioria das verminoses.
ALbendazol é uma ALternativa pela praticidade da posologia (1 tomada apenas) mas não é tão eficaz.

O pulo do gato
Para os vermes de ciclo pulmonar (N.A.S.A), é necessário repetir a dose com 14 dias, para pegar alguma larva que esteja na fase pulmão do ciclo.
Para o oxiúrus é necessário repetir com 21 dias, tempo que os ovos eclodem.
N- Necator
A- Ascaris
S- Strongiloides
A- Ansilostoma

Kit 6: Kit Tricocéfalos

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
2-Alternativa: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO Dose Única
Repetir com dias 14 dias

Kit 7: Kit Teníase

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
2-Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO por 3dias

Kit 8: Kit Larva Migrans Cutânea

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
2-Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO por 3dias

Kit 9: Kit Larva Migrans Visceral

1-Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
2-Zentel® (Albendazol) 400mg ½ cp VO 12/12h por 5dias

Kit 10: Kit Filariose

1-Ivermectina 6mg 2cp VO Dose Única
2-Alternativa: Platelmin® (Mebendazol) 100mg 1cp VO 12/12h por 3dias
3-Alternativa 2: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO por 10dias

Kit 11: Kit Neurocisticercose

(Ver Capítulo de Neurologia)

Kit 12: Kit Microsporíase na AIDS

1-Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO 12/12h por 3dias

O pulo do gato

O que é o "efeito antabúsio" e como tratá-lo?
É uma espécie de reação entre a droga e o álcool, em que o paciente tem a sensação de morte iminente. Comum em pessoas que tomam Mebendazol e fazem uso de álcool.
Para tratar, usa-se Hidrocortisona 50mg I.V.

O pulo do gato

Para melhorar a absorção do Mebendazol, tomar os cp junto das refeições ou misturadas a elas.

Kit's Protozoários

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Giardíase

1-Flagil® (Metronidazol) 400mg 1cp VO 8/8h por 10dias
Repetir após 14dias
2-Alternativa: Zentel® (Albendazol) 400mg 1cp VO por 5dias

Kit 2: Kit Amebíase

1-Flagil® (Metronidazol) 250mg 1cp VO 8/8h 10dias
Repetir após 14dias

Kit's Artópodes

(3 Kit's)

Kit 1: Kit Pediculose (Piolho)

1-Ivermectina 6mg 2cp VO Dose Única

Kit 2: Kit Miíase (Larva de Mosca)

1-Ivermectina 6mg 2cp VO Dose Única
2-Retirar as larvas manualmente
3-Debridar tecido necrótico
4-Cefalexina 500mg 1cp VO 6/6h por 3dias (↑↑ Risco de infecção secundária)

Kit 3: Kit Escabiose (Sarna Baiana)

1-Ivermectina 6mg 2cp VO Dose Única

Kit Dengue

1-Se Febre: Dipirona (Novalgina®) 500mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml IV 6/6h SN
2- Se Desidratação, SGI 5% 500ml IV 60gt/min

3- Para Casa:
Reidrate® (Sais Reidratação Oral), dissolver 1env em 1litro água filtrada
Tomar várias vezes ao dia
Se dor ou febre:
Paracetamol 500mg 1cp VO 8/8h OU
Dipirona (Novalgina®) 500mg 1cp VO 6/6h Se dor ou febre

💣 **É bomba**
Não usar medicamentos a base de AAS (anti-agregante plaquetário), ou quaisquer tipos de anticoagulantes (risco ↑ de sangramento)

💣 **É bomba**
Se plaquetopenia (< 50.000) e/ou sinais de alerta (sangramentos, dor abdominal intensa, vômitos incoercíveis): internação imediata!!

Kit Sífilis

1-Benzetacil 1.200.000U 1amp em cada nádega IM profundo
Repetir com15dias
2-Se alérgico a Penicilina, Eritromicina 500mg 1cp VO 6/6h por 15dias

Kit's Tratamento Tuberculose

(3 Kit's)

(Dose por dia para tratamento de paciente > 50Kg)

Kit 1: Kit Tuberculose Pulmonar

2 Meses (RHZE)
1) Rifampicina 150mg + Isoniazida 75mg + Pirazinamida 400mg + Etambutol 275mg (Coxcip-4®)-----------------------------------244cp
Tomar 4 comprimidos pela manhã

4 Meses (RH)
1-Rifampicina 150mg + Isoniazida 75mg ----------------------488cp
Tomar 4 comprimidos pela manhã

***Obs:** 1 cp de Coxcip-4® contém: 150mg Rifampicina + 75mg Isoniazida + 400mg Pirazinamida + 275mg Etambutol

Kit 2: Kit Tuberculose Meningo-encefálica

2 Meses (RHZE)
1) Rifampicina 150mg + Isoniazida 75mg + Pirazinamida 400mg + Etambutol 275mg (Coxcip-4®)-----------------------------------244cp
Tomar 4 comprimidos pela manhã

7 Meses (RH):
1-Rifampicina 150mg + Isoniazida 75mg ----------------------488cp
Tomar 4 comprimidos pela manhã

***Obs:** Associar Prednisona 1-2mg/kg/dia por 4 semanas no início do tratamento e nas formas graves Dexametasona 0,3-0,4mg/kg/dia

Kit 3: Kit Tuberculose Multirresistente

1º e 2º mês (SOZT):
1-Estreptomicina 1.000mg
2- Ofloxacina 800mg
3-Pirazinamida 1.600mg
4-Terizidona 750mg

3° mês (SEOZT):
1-Estreptomicina 1.000mg

2-Etambutol 1.100mg
3-Ofloxacina 800mg
4-Pirazinamida 1.600mg
5-Terizidona 750mg

4° mês (EOZT):
1-Etambutol 1.100mg
2-Ofloxacina 800mg
3-Pirazinamida 1.600mg
4-Terizidona 750mg

5°, 6°, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º mês (EOT):
1-Etambutol 1.100mg
2-Ofloxacina 800mg
3-Terizidona 750mg

É bomba
O que é falha terapêutica?
É quando encontramos baciloscopia positiva no 6° mês ou positivação após negativação prévia.

Bibliografia do capítulo 13 (Infectologia e Parasitologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Manual PneumoAtual de Terapêutica Respiratória. José Roberto Jardim... [et al.]. – Juiz de Fora: Otimize, 2009

Neves, David Pereira
Parasitologia humana / David Pereira Neves. 11.ed. – São Paulo Editora Atheneu, 2005

3ª diretriz tratamento tuberculose da SBPT 2009

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino
José Alfreu

Capítulo 14: Oftalmologia

Kit's Conjuntivite

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Conjuntivite Viral

Sintomáticos:

1-Compressas água gelada 4x/dia
2-Lavar olhos com SF 0,9% gelado
3-Colírio lubrificante, Hidroxipropilmetilcelulose 0,5% 4 – 6x/dia
4-Colírio vasoconstritor, Visodin® (Tetrahidrozolina) 2 – 4x/dia

Kit 2: Kit Conjuntivite Bacteriana

Sintomáticos:

1-Compressas água gelada 4x/dia
2-Lavar olhos com SF 0,9% gelado
3-Colírio lubrificante, Hidroxipropilmetilcelulose 0,5% 4 – 6x/dia
4-Colírio vasoconstritor, Visodin® (Tetrahidrozolina) 2 – 4x/dia

Antibiótico Tópico:

5-Colírio ATB, Ciprofloxacino 0,3% 4–6x/dia por 5–7dias OU
Norfloxacino 0,3% 4–6x/dia por 5–7dias OU
Clorofenicol 0,4% 4–6x/dia por 5–7dias OU
Tobramicina 0,3% 4–6x/dia por 5–7dias OU
Tetraciclina (Pomada oftalmológica) 4–6x/dia por 5–7dias

O pulo do gato

As conjuntivites virais são auto-limitadas devendo ser usados apenas sintomáticos.

É bomba

Não há fundamento para indicar água boricada no lugar de compressa de "água comum" ou SF 0,9%. A água boricada pode eventualmente produzir reação ocular.

Kit's Retirada de Corpo Estranho

(2 Kit's)

Kit 1: Kit Corpo Estranho na Conjuntiva

1-Lavagem ocular com SF 0,9% abundantemente
2-Se 1ª medida não resolver:
Pingar Colírio anestésico
Fazer eversão da pálpebra superior e retirar usando um cotonete ou o próprio dedo com luva

Kit 2: Kit Corpo Estranho na Córnea

1-Colírio anestésico para uma boa visualização
2-Retirada com agulha de insulina esterilizada
3-Eventualmente, quando a partícula encontra-se mais superficial, pode ser retirada com cotonete ou lavagem ocular com SF.
4-Colírio ATB profilático, Ciprofloxacino 0,3% 4x / dia por 3dias OU
Norfloxacino 0,3% 4x / dia por 3dias OU
Clorofenicol 0,4% 4x / dia por 3dias OU
Tobramicina 0,3% 4x / dia por 3dias
5-Analgésico sistêmico, Paracetamol 500mg, 8/8h em caso de dor
6-Se corpo estranho profundo ou de difícil remoção, avaliar necessidade de encaminhamento para especialista.

Kit’s Glaucoma

(2 Kit’s)

Kit 1: Kit Glaucoma Primário de Ângulo Aberto

1-Timoptol® (Timolol - β-bloq) 0,5%, pingar 1gota em cada olho afetado 12/12h OU
2-Betoptic® (Betaxolol - β-bloq, β1 seletivo) 0,5%, pingar 1gota em cada olho afetado 12/12h
3-Ocupress® (Dorzolamida - Inibidor da anidrase carbônica) 2%, pingar 1gota em cada olho afetado 8/8h OU
4-Azopt® (Brizolamida - Inibidor da anidrase carbônica) 0,1%, pingar 1gota em cada
olho afetado 8/8h
5-Acetalozamida (diurético, inibidor da anidrase carbônica) 250mg, 1cp VO 6/6h

Kit 2: Kit Glaucoma Primário de Ângulo Fechado

Forma Aguda:
1-Timolol (B-bloq) 0,5%, pingar 1gota em cada olho afetado 12/12h OU
2-Betaxolol (B-bloq) 0,5%, pingar 1gota em cada olho afetado 12/12h
3-Pred fort® (Prednisolona – Corticoide tópico) 1%, 30/30min 2passadas, depois de 6/6h
4-Acetalozamida (diurético, inibidor da anidrase carbônica) 250mg, 1cp VO 6/6h
5-Manitol (agente hiperosmótico) 20% 2g/Kg IV correr em 30min

Forma Subaguda e Crônica:
1-Iridotomia (especialista)
2-Timolol (B-bloq) 0,5%, pingar 1gota em cada olho afetado 12/12h OU
3-Betaxolol (B-bloq) 0,5%, pingar 1gota em cada olho afetado 12/12h

O pulo do gato
Para aumentar a dose de um medicamento tópico em oftalmologia, deve-se aumentar a concentração da solução (ex.: de 01% para 0,2%) e não a quantidade de gotas pingadas em cada olho, pois o saco lacrimal só comporta 1 gota.

💣 **É bomba**

Os colírios a base de β-bloqueadores, podem ser absorvidos e causar efeitos colaterais sistêmicos. Muito cuidado ao usá-los em cardiopatas.

Bibliografia do capítulo 14 (Oftalmologia):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Ofalmologia geral / [editores] Daniel Voughan, Taylor Asbeery, Paul Riordan – Eva; [traduzido por Francisco Javier Hernandez Blazquez] – 15ªed. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino

Capítulo 15: Intoxicações e Acidentes Ofídicos

Kit's Intoxicações Exógenas

(6 Kit's)

Kit 1: Intoxicação por Carbamatos (CHUMBINHO)

(Síndrome COLINÉRGICA)

1- Kit Paciente Grave
2- Atropina 2-4amp IV 10/10min ou 20/20min até obter efeito atropínico (1 amp = 1 ml = 0,5 mg/ml)
3- Atropina 50amp / SF 0,9% 100ml IV BIC 10 ml/h (Dose Atropina: 0,04 a 0,08mg/kg/min)
4- Lavagem gástrica (até 2h após ingestão):
Passar SNG
Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo.
Injetar 250ml de SF0,9%
Aspirar
Repetir o processo até o aspirado vir límpido ("a ponto de beber")
5- SF0,9% IV ACM
6- Carvão ativado (1g/kg ataque + 1/2 dose para manutenção)
Ataque: 50g na SNG
Manutenção: 25g de 4/4h ou 6/6h por 48h (6 colheres de sopa ±25g)

Kit 2: Intoxicação por Organofosforados

(Síndrome Colinérgica)

1- Kit intoxicação por carbamatos
2- Pralidoxima ("Contrathion")
Ataque: Pralidoxima 1g / SF0,9% 250ml IV
Manutenção: Pralidoxima 400mg / SF 0,9% 100 ml IV 8/8h

Kit 3: Intoxicação por Fenobarbital

1- Kit Paciente Grave
2- Lavagem gástrica (até 24h após ingestão - Fenobarbital tem liberação lenta)
3- SF 0,9% ACM
4- Carvão ativado
Ataque: 50g na SNG
Manutenção: 25g de 4/4h ou 6/6h por 48h
5- Bicarbonato de Sódio a 8,4%
(1mL = 1 mEq) Apresentações: frasco de 250ml ou amp de 10ml
Ataque: 1-2 mEq/kg em 20min
Manutenção (Alcalinização da urina + Hiperidratação 3000ml/24h]): Usar 10 a 30 ml de Bicarbonato de Sódio a 8,4% a cada 500 ml de SF 0,9%, totalizando um volume de 3.000ml de SF0,9% em 24h, até atingir um dos seguintes parâmetros:
pH arterial: 7,45-7,55 OU pH urinário maior ou igual a 8
6- Avaliação da Nefrologia para diálise SN (Fenobarbital é dialisável!!)

Kit 4: Intoxicação por Antidepressivos Tricíclicos

(Síndrome Anti-colinérgica)
1- Kit Paciene Grave
2- Lavagem gástrica (até 24h após ingestão)
3- SF0,9% ACM
4- Carvão ativado
Ataque: 50g na SNG
Manutenção: 25g SNG 4/4h ou 6/6h por 48h
5- Bicarbonato de Sódio 8,4%
(1mL = 1 mEq) Apresentações: frasco 250ml ou amp 10ml
Ataque: 1-2 mEq/kg em 20 min
Manutenção (Alcalinização da urina, SEM NECESSIDADE de hiperidratação):
Usar 10 a 30 ml de Bicarbonato de Sódio a 8,4% a cada 500 ml de SF 0,9%, totalizando um volume de 2000ml de SF 0,9% em 24h, até atingir um dos seguintes parâmetros:
pH arterial: entre 7,45-7,55 OU
pH urinário≥ 8
Necessário alcalinização da urina (combate arritmias)
6- Lidocaína 3ml IV se arritmia não responsiva ao Bicarbonato (tipo TV)
7- Monitorização ECG contínua (fundamental, alto risco de arritmias)
8- Não-dialisável

Kit 5: Intoxicação por Cocaína / Crack

(Síndrome Adrenérgica)

1- Kit Paciente Grave
2- Imobilização do paciente (segurança da equipe)
3- Diazepam 10mg IV 5/5min ou 10/10min até diminuir agitação do paciente
4- Nitroprussiato (Nipride®) 1amp(50mg) / SF 0,9% 250ml em equipo fotossensível IV BIC 10ml/h, se hipertensão arterial não responsiva a benzodiazepínico

Iniciar com 10ml/h e ajustar a dose a cada 5 min conforme resposta (Dose mín 0,25 mcg/kg/min ou 4ml/h) (Dose máx 10mcg/kg/min ou 180ml/h)

💣 **É bomba**

NÃO usar beta-bloqueador se suspeita de uso de Cocaína (risco de vasoconstrição paradoxal)

Kit's Acidentes Ofídicos

(3 Kit's)

Kit 1: Kit Cascavel (Crotalus)

1-Kit Paciente Grave
2-Soro Específico 10amp

Kit 2: Kit Jararaca (Botrópico)

1-Kit Paciente Grave
2-Soro Específico 10amp

Kit 3: Kit Coral (Microrus)

1-Kit Paciente Grave
2-Soro Específico 10amp

Kit Escorpionismo

1-Forma leve: Lidocaina 2% aplicar no local
2-Forma Moderada: Lidocaina 2% aplicar no local + Soro Antiescorpiônico 2amp IV
3-Forma Grave: Soro Antiescorpiônico 4 – 6amp IV

Kit Raiva (Hidrofobia)

1-Soro Anti-Rábico 200U/ml 3amp (15ml=3.000U) ½ IM e ½ nas bordas da ferida
2-Vacina Anti-Rábica aos 0, 3, 7, 14 e 28 meses

Kit Anafilaxia

1-Adrenalina 1amp / ABD 8ml 3 ml SC
(1amp = 1mg = 1 ml)
SOMENTE se houver angioedema
2-Hidrocortisona
Ataque: 200mg IV
Manutenção: 200mg IV 8/8h
3-Prometazina (Fenergan) (Inibidor H1)
Ataque: Prometazina 1amp(25mg) IV
Manutenção: 1amp(25mg) IM ou IV 8/8h.
4-Inibidor H2:
Ataque: Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV
Manutenção: Ranitidina (Antak®) 25mg/ml: 1amp(2ml) / ABD 8ml ABD IV 8/8h

SÍNDROME DO ENVENENAMENTO:
Ocorre quando um paciente NÃO alérgico a picadas de abelhas (condição que diferencia essa síndrome da anafilaxia) é atacado por um enxame, apresentando múltiplas picadas (altas doses de toxina). Tratamento: o mesmo da anafilaxia

Kit Alergia

1- Fenergan® (Prometazina) 50mg IM 4/4h OU
2- Decadron® (Dexametasona) 1amp IM OU 1cp 0,5mg VO 8/8h por 3 dias
3- Se alergia Intensa: Flebocortid® (Hidrocortizona) 100mg / 10Kg IV (Máx 500mg)
4- Adrenalina 0,1ml SC 30/30min SN (Máx 0,5ml)
5- Casa: Histamin® (Dextroclorfeniramina) 2mg 1cp VO 3x ao dia por 5dias (+ barato) OU
6- Claritin® (Loratadina) 1cp VO 24/24h (- sonolência)

Bibliografia do capítulo 15 (Intoxicações e Acidentes Ofídicos):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Manual PneumoAtual de Terapêutica Respiratória. José Roberto Jardim... [et al.]. – Juiz de Fora: Otimize, 2009

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino

Apêndice 1: ATB mais usados em UTI

(Principais ATB’s, antifúngicos e outras drogas, com ½ vida, excreção, doses e dicas importantes)

Droga	Meia vida	Eliminação	Dose	Observações
Aciclovir (zovirax) cp de 200 e 400mg fr de 250mg	2,5/20h	Renal	5ª10mg/kg/d vo de 8/8h 10mg kg/Ev 8/8h (encefalite)	diluir em G5% infundir em período superior a 60 minutos
Albendazol (Zolben)			400mg	
Amicacina	2 a 3h	Renal	7,5 mg/kg 12/12h 15mg/kg/dia	amp.100,250 e 500 mg infusão em 30min., im diluir em 100 ml de sf
Aztreonam	1,3 a 2,2h	renal e hep.	1 a 2g 8/8h	fr.0,5 e 1g c/dil,ev em 3min ou 30min; im.
Ampicilina	1,0 h	renal e biliar	1 a 3g 4/6h	fr.0,5 e 1g.ev direto(3 a 5min)
Ampicilina/ sulbactam (Unasyn)	1,2 h	Renal e biliar	1 a 8 g de Amp/dia, Ev 6 /8 horas	Fr de 1 ou 2 g de amp (relação 2:1)
Anfotericina b			0,25 a 1mg/kg/dia, ev em 3-4h	diluir em sg, conc.0,1mg/ml não diluir em sf. monitorar creatinina sérica. se > 3mg, interromper por três dias e reiniciar escalonado.
Anfotericina b lipossomal Ambisome fr. ampola de 50 mg	cinética não linear (7 – 10 horas; 100 a 150 h)	desconhecido	3 a 5mg/kg/dia infundir em tempo superior a 120 minutos	diluir o conteúdo de um frasco em 12 ml de água destilada; a seguir diluir a quantidade a ser infundida em sg%, 19 vezes o volume
Amoxacilina-clavulanato	1,3h	Renal	1g ev de 8/8 4-6/h	ev em 3-4min ou infusão não diluir em glicose
Azitromicina Zitromax	12-68h	Biliar	500 mg ao dia	Diluir em 250ml de SF e fazer em uma hora

Fr amp de 500mg				
Caspofungina (Cancidas) fr. de 70 e 50 mg	9h(β) 27 h(λ)		70 mg de ataque 50 mg de manutenção	diluir em 250 ml de sf ou rl
Ceftriaxione	5 a 10h	renal e biliar	1 a 2g-12/24h	fr.0,5 e 1g, ev ,im*
Ceftazidime	1,4 a 2h	Renal	1 a2g-6/8/12h	fr.1g ,ev ou im
Claritromicina	2,1 a 4,5h	met.hep. elim.renal	1000mg/dia/ 12/12h	ev em infusão em 60 min diluir em 100ml g5%,sf,rl
Cefepime	2h	Renal	500mg a 2g, a cada 8-12horas	ev em 3-5min ou im
Cefotaxime	0,9 a 1,7h	hepática,renal e biliar	1 a 2g 4/6/8h	fr.0,5 e 1g, ev,im
Cefoxitina	0,7 a 1,1h	Renal	1 a 2g-4/6/8h	fr.1 e 2g,ev,im*
Cefazolina	1,2 a 2,2h	Renal	1 a 2g-8/8h	fr.1g ev
Clindamicina	2 a 4h	hepática	600 a 900mg 8/8 .diluir em 100ml de sf	amp de 300 e 600mg, ev em infusão (30min)
Ciprofloxacina	3 a 5h	renal e hepática	200 a 400mg 8/12h	fr. 200g(100ml),infusão em 30min
Ertapenem (Invanaz)	30h	Renal	1g /dia, ev ou im	
Etambutol **Cp de 400 mg**			1200mg/dia 25 mg/Kg	
Etionamida			1 g/dia	
Fluconazol (Zoltec)	30h	Renal	400mg no 1°dia- 200-400mg a seguir	biodisponibilidade elevada apres. em frascos com 2mg/ml para infusão
Ganciclovir (Cymevene) **cap de 250 mg** **fr de 500 mg**	2,9 /30h, biod: 6 a 9% snc:41%		5mg/kg de 12 em 12 horas, por 14 a 21 dias manutenção: 5mg/kg/dia 1g vo de 8/8 h	infusão por uma hora diluir para 10 ml de ad e rediluir o volume necessário em 250 ml de g5% toxicidade renal, neurológica, hepática, cutânea, digestiva
Gentamicina	3 a 3h	Renal	1,2 a 1,5 mg/kg-8/8h	amp. de 60,80 mg,im,ev em infusão (30min)
Hidrazida			400 mg/dia 10 mg/Kg	
Levofloxacina	6-8h	renal (ativa)	500mg ao dia	ev infusão ou oral
Linezolida (Zyvox) **bolsa e cpd 600mg**		10mg kg de 12/12h (cianças	600mg ev ou oral de 12/12h 10mg/kg 12/12h (crianças)	infusão ev em 30 a 120 min de 12/12 horas biodisponibilidade 100%
Imipenem	0,85 a 1,3h	Renal	0,5 a 1g	fr.0,5g,ev em infusão(30

			6/8h. diluir em 100ml de sf	min),im*
Ivermectina (Revectina) cp de 6 mg			200µg/kg, em média 2 cp/dia, dose única	
Meropenem	1,0h	renal	0,5 a 2g ev de 8/8	fr de 0,5 e 1,0g em bolus de 5 min ou infusão de 15 a 30, sf, sg ou ringer
Metronidazol Biodisp. Elevada	6 a 8h	hepática e renal	500 a 750mg 8/12h	fr.100ml com 500mg, ev em infusão (30min)
Moxifloxacino (Avalox) cp e bolsa de 400mg	10-14h	Renal	400mg/dia	bolsa de 400mg cp de 400mg
Penicilina G	0,5h	Renal	1 a 2milhões ui, 2/6h	ev em infusão
Piperacilina/ Tazobactam	1,0 h	Renal	3,375g 6/6h	ev em infusão
Polimixina b (sulfato)	4,3 a 6h	Renal	15000 a 25000u/kg	diluir 1 frasco em 300 a 500ml de sg5%-infusão por 30 min de 12/12h
Polimixina e (Colistin) 1fr=1000.000u	2-3horas	Renal	60 000 a 75000ui/kg/d	ev em 20 minutos ou im de 12/12h, ou em infusão contínua, após a primeira dose.
Pirimetamina (Daraprim) cp de 25 mg			50-100mg 12/12 (ataque) 25 mg de 6/6h	
Pirazinamida Cp de 500mg			2 g/d 35 mg/Kg/d	
Rifampicina			600mg/dia 10mg/d	
Streptomicina			1 g/dia, IM ou EV	
Teicoplanim	150h	Renal	3 a 12 mg/kg/dia.	im, ev direto ou infusão.iniciar com dose 12mg/kg nas 3 pimeiras dose e manter com 6mg/kg.
Ticarcilina clavulanato	1,0h	Renal	3,1g,4/6h	ev em infusão
Tigeciclina (Tygacil)	42h	Biliar	100mg de ataque 50 mg de 12/12h	EV após reconstituição
Tmp/Smx	8-11,8-13h	renal e metabolismo	5 a 10mg/kg/ dia 8/12h 20mg/kg em hiv	fr.80/400mg,em infusão(30 a 60min),uma amp. para cada 125ml de solução

Vancomicina	4 a 6h	Renal	1g - 12/12h diluir em 100 ml de sf	EV, infusão (60 a 90min)
Voriconazol (Vfend) cp de 50 e 200 mg frde 200mg	cinética não linear biodisponibilidade de 96%	met. hepático eliminação renal	6mg/kg de 12/12, a seguir 4 mg/kg/12/12h	diluir o fr em 19 ml de ad diluir em 50 a 100 ml de SF, G5%, RL . Infundir por 2 horas. contraindicado com clearance <que 50 ml (conservante)

Bibliografia do apêndice 1 (ATB mais usados em UTI):

Blackbook – Clínica Médica / Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. --- Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007

Manual prático de medicina intensiva / Coordenadores Milton Caldeira Filho, Glauco Adrielo Westphal. – 5. Ed. – São Paulo: Segmento Farma, 2008

Vademecum de clínica médica / [editor] Celmo Celeno Porto; coeditor Arnaldo Lemos Porto. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Manual PneumoAtual de Terapêutica Respiratória. José Roberto Jardim... [et al.]. – Juiz de Fora: Otimize, 2009

Goodman & Gilman: As bases Farmacológicas da Terapêutica / [revisão de conteúdo Alkmin Lourenço da Fonseca]. – Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006

Autor do Capítulo:
Dayson Salvino

Adaptações:
Dayson Salvino

Apêndice 2: CID 10 (CID's + comuns)

1- Doenças infecciosas e Parasitárias

Cólera	A 00	Varicela (Catapora)	B 01
Amebíase	A 06	Herpes zoster	B 02
Giardíase [lamblíase]	A 07.1	Sarampo	B 05
Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas	A 08	Rubéola	B 06
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	A 09	Hepatite aguda A s/ coma hepático	B 15.9
Tuberculose respiratória c/ confirmação bacteriana ou histológica	A 15	Hepatite aguda B s/ agente delta e s/ coma hepático	B 16.9
Tuberculose resp. s/ confirm. Bacteriana ou histológica	A 16	Hepatite não A não B, outras hepatites virais agudas especific.	B 17.8
Leptospirose	A 27	Hepatite aguda C	B 17.1
Hanseníase	A 30	Hepatite aguda E	B 17.2
Tétano neonatal	A 33	Citomegalovirose	B 25
Tétano de outros tipos	A 35	Caxumba [Parotidite epidêmica]	B 26
Difteria	A 36	Mononucleose infecciosa	B 27
Coqueluche	A 37	Malária não especificada	B 54
Escarlatina	A 38	Leishmaniose	B 55
Erisipela	A 46	Toxoplasmose	B 58
Sífilis congênita	A 50	Teníase	B 68
Sífilis precoce	A 51	Cisticercose	B 69
Sífilis tardia	A 52	Himenolepis	B 71.0
Infecção gonocócica	A 54	Ancelostomíase não especificada	B 76.0
Outras infecções causadas por clamídias transmitidas por via sexual	A 56	Ancilos Tomíase não especificada (Larva Migrans Cutânea)	B76.9
Cancro mole	A 57	Ascaridíase	B 77.9
Tricomoníase	A 59	Estrongiloidíase	B 78
Infeções ano genitais herpes simples	A 60	Tricuríase	B 79
Meningite viral	A 87	Oxiuríase	B 80
Dengue clássico	A 90	Parasitose intestinal não especificada	B 82
Febre hemorrágica da dengue	A 91	Pediculose e Ftiríase	B 85
Herpes simples	B 00	Escabiose [Sarna]	B 86
Miíase	B 87	Tungíase (Infecção p/ pulga da Areia	B88.1

2- Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos

Anemia Crônica por Hemorragia	D 50.0	Púrpura trombocitopênica idiopática	D 69.3
Anemia Ferropriva	D 50.9	Defeito de Coagulação não especificado	D 68.9
Anemia Falciforme sem crise	D 57.1	Doença não especificado do sangue e dos orgãos hematopoéticos	D 75.9
Anemia não especificada	D 64.9	Outras anemias carenciais	S 53
Deficiencia hereditária do fator VIII / hemofilia	D 66		

3- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

Bócio não tóxico, não especificado	E 04.9	Desnutrição 3º grau - Kwashiokor	E 42
Tireotoxicose não especificada	E 05.9	Desnutrição 2º grau	E 44.0
Tireioidite	E 06	Desnutrição leve (1º grau)	E 44.1
Diabetes insulino dependente	E 10	Desnutrição prot. calórica não especificada	E 46
Diabetes não insulino dependente	E 11	Raquitismo ativo	E 55. 0
Síndrome de Cushing não especificada	E 24.9	Obesidade	E 66
Hiperaldosteronismo não especificado	E 26.9	Hipercolesterolemia pura	E 78.0
Desnutrição 3º grau - Marasmo	E 41	Hiperlipidemia não especificado	E 78.5

4- Transtornos Mentais e Comportamentais

Dependência de Álcool	F 10.2	Transtornos fóbicos ansiosos	F 40
Dependência de Maconha	F12.2	Insônia não orgânica	F 51.0
Dependência de Barbitúricos	F 13.2	Retardo mental não especificado	F 79
Dependência de Cocaína	F 14.2	Transtornos específico do desenvolvimento das habilidades escolares	F 81
Dependência de Nicotina	F 17.2	Distúrbios de conduta	F 91
Esquizofrenia	F 20	Tiques	F 95
Episódios depressivos	F 32	Tiques motor ou vocal crônico	F 95.1

5- Doenças do Sistema Nervoso

Meningite bacteriana não classificada em outra parte	G 00	Enxaqueca	G 43
Doença de Parkinson	G 20	Paralisia cerebral infantil	G 80
Outras doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	G 25	Hemiplegia	G 81
Epilepsia não especificada	G 40.9	Transtornos do sistema Nervoso autônomo	G 90
Outras mononeuropatias dos MMSS	R 56.8	Hidrocefalia	G 91

6- Doenças dos Olhos e Anexos

Hordéolo e calázio	H 00	Catarata senil	H 25
Transtornos do aparelho lacrimal	H 04	Outras cataratas	H 26
Conjuntivite Aguda não especificada	H 10.3	Estrabismo paralítico	H 49
Conjuntivite aguda atópica	H 10.1	Outros estrabismos	H 50
Conjuntivite e dacriocistite neonatal	P 39.1	Transtornos de refração e acomodação	H 52
Cicatrizes e opacidade da córnea	H 17	Visão subnormal de ambos os olhos	H 54.2
Iridociclite	H 20	Diplopia	H 53.2

7- Doenças do Ouvido e Apófise Mastóide

Otite externa	H 60	Otite média supurada ou não especificada	H 66
Cerume impactado	H 61.2	Perda não especificada de audição	H 91.9
Otite média não supurada	H 65	Disfunção do Labirinto	H 83.2

8- Doenças do Aparelho Circulatório

Febre reumática s/ menção de comprometimento do coração	I 00	Doença não especif. Do coração	I 51.9
Coréia reumática	I 02	Hemorragia intracerebral não especificada	I 61.9
Doença reumática da valva mitral	I 05	A V C não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I 64
Hipertensão essencial (primária)	I 10	Doença cerebrovasculares não especificado	I 67.8
Infarto agudo do miocárdio	I 21	Arteriosclerose generalizada não especificada	I 70.9
Infarto recidivante do miocárdio	I 22	Embolia e trombose arteriais	I 74
Doença isquêmica crônica do coração	I 25	Flebite e tromboflebite	I 80
Taquicardia paroxística	I 47	Varizes de membros inferiores	I 83
Outras arritmias cardíacas	I 49	Hemorróidas	I 84
Insuficiência Cardíaca congestiva	I 50.0	Hipotensão	I 95

9- Doenças do Aparelho Respiratório

Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J 00	Bronquiolite aguda	J 21
Sinusite aguda	J 01	Rinite alérgica e vasomotora	J 30
Faringite aguda	J 02	Sinusite crônica	J 32
Amigdalite aguda	J 03	Amigdalite crônica	J 35.0
Laringite e traqueíte agudas	J 04	Espasmos da laringe	J 38.5
Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas	J 06	Bronquite crônica simples e mucopurulenta	J 41
Pneumonia viral não classificada em outra parte	J 12	Enfisema	J 43
Pneumonia por microorganismos não especificada	J 18	Asma	J 45
Bronquite aguda	J 20	Edema pulmonar não especificado de outra forma	J 81

10- Doenças do Aparelho Digestório

Estomatite	K 12	Colite ulcerativa	K 51
Esofagite	K 20	Diarréia Crônica não Infecciosa	K 52.9
Doença do refluxo gastroesofágico	K 21	Diverticulite, Diverticulose	K 57.9
Úlcera gástrica	K 25	Sindrome do cólon irritável	K 58
Úlcera duodenal	K 26	Fissura e fístula anorretal	K 60
Gastrite e duodenite	K 29	Cirrose Alcoólica	K 70.3
Dispepsia	K 30	Cirrose fibrose hepáticas	K 74
Hérnia inguinal	K 40	Colecistolitíase	K 80
Hérnia umbilical	K 42	Cólica Biliar	K 80.5
Hérnia de Hiato	K 44.9	Colecistite	K 81
Hérnia abdominal não especificada	K 46		

11- Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo

Síndrome da pele escaldada estafilocócica do Rn	L 00	Eritema polimorfo (multimorfo)	L 51
Impetigo	L 01	Afecções das unhas não especificadas	L 60.9
Abscesso cutâneo ou furúnculo e antraz	L 02	Alopécia areata	L 63
Celulite (flegmão)	L 03	Acne Vulgar	L 70.0
Dermatite Atópica, não especificada	L 20.9	Hidradenite supurativa	L 73.2
Dermatite Seborreica (infantil)	L 21.1	Miliária não especificada	L 74.3
Dermatite Seborreica (adulto)	L 21.9	Hiperhidrose não especificada	R 61.9
Dermatite das fraldas	L 22	Clavos e calosidades	L 84
Dermatite devida a substância não especificada de uso interno	L 27.9	Vitiligo	L 80
Dermatite por Fungos	L 36.9	Eritema e outras erupções cutâneas	R 21
Outras alterações da pele devidas a exposição crônica à radiação não - ionizante	L 57.8	Lúpus eritematoso	L 93
Dermatite alérgica de contato, não especificada	L 23.9	Verrugas de origem viral	B 07
Intertrigo eritematoso	L 30.4	Dermatofitose	B 35
Psoríase	L 40	Candidíase (exclui neonatal)	B 37
Pitiríase rósea	L 42	Queimadura solar	L 55
Urticária	L 50		

12- Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo

Artrite piogênica	M 00	Cifose não especificada	M 40.2
Artropatias reacionais	M 02	Lordose não especificada	M 40.5
Artrite reumatóide juvenil	M 08.0	Escoliose não especificada	M 41.9
Gota	M 10	Dorsalgia	M 54
Poliartrite não especificada	M 13.0	Ciática	M 54.3
Poliartrose	M 15	Miosite	M 60
Coxartrose [artrose do quadril]	M 16	Diástase de músculo	M 62
Gonartrose [artrose do joelho]	M 17	Sinovite e tenosinovite	M 65
Artrose não especificada	M 19.9	Osteoporose com fratura patológica	M 80
Deformidade em valgo	M 21.0	Osteoporose sem fratura patológica	M 81
Deformidade em varo	M 21.1	Osteomielite	M 86
Lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]	M 32		

13- Outros Motivos para Contato no Sistema de Saúde

Exame de rotina de saúde da criança	Z 00.1	Aconselhamento geral sobre anticoncepção	Z 30.0
Exame dentário	Z 01.2	Colocação de DIU	Z 30.1
Exame ginecológico geral de rotina (periódico)	Z 01.4	Remoção de DIU	Z 30.5
Exame pré admissional a emprego	Z 02.1	Aconselhamento geral sobre procriação	Z 31.6
Exame para participar em esportes	Z 02.5	Supervisão de gravidez normal	Z 34.9
Exame de saúde ocupacional	Z 10.0	Supervisão de gravidez de alto risco	Z 35.9
Exame geral de rotina de outra subpopulação definida	Z 10.8	Seguimento pós-parto de rotina	Z 39.2
Exame especial de rastreamento para doenças infecciosa e parasitária	Z 11.9	Aconselhamento não especificado	Z 71.9

14- Doenças do Aparelho Genitourinário

Síndrome nefrítica aguda	N 00	Doença inflamatória do útero, exceto o colo	N 71
Síndrome nefrítica rapidamente progressiva	N 01	Nódulo mamário não especificado	N 63
Síndrome nefrótica	N 04	Outros sinais e sintomas da mama	N 64.5
Uropatia obstrutiva e por refluxo	N 13	Doença inflamatória do colo do útero	N 72
Outras hidronefrose e as não especif.	N 13.3	Doenças da glândula de Bartholin	N 75
Insuficiência renal não especificada	N 19	Vaginite aguda	N 76.0
Calculose do rim e do ureter	N 20	Endometriose	N 80
Calculose do trato urinário inferior	N 21	Cisto folicular do ovário	N 83.0
Cistite	N 30	Amenorréia não especificada	N 91..2
Uretrite e síndrome uretral	N 34	Oligomenorréia não especificada	N 91.5
Hiperplasia da próstata	N 40	Menstruação excessiva freqüentemente irregular	N 92
Hidrocele e espermatocele	N 43	Síndrome de tensão pré-menstrual	N 94.3
Orquite e epididimite	N 45	Transtornos da menopausa e da perimenopausa	N 95
Hipertrofia do prepúcio, fimose e parafimose	N 47	Abortamento habitual	N 96
Displasia benigna da mama	N 60	Infertilidade feminina	N 97

15- Afecções Originadas no Período Perinatal

Trauma de parto:	P10 – P15	Doença viral congênita não especificada	P 35.9
- Hemorragia subdural	P 10.0	Onfalite do RN com ou sem hemorragia leve	P 38
- Paralisia do nervo facial	P 11.3	Doença hemolítica do RN	P 55
- Céfalo-hematoma	P 12.0	Icterícia neonetal	P 59.9
- Fratura de clavícula	P 13.4	Vômitos no RN	P 92.0
- Lesão de plexo braquial	P 14.3	Dificuldade na amamentação no peito	P 92.5
Hemorragia sub conjuntival devido ao parto	P 15.3		

16- Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas

Fenda palatina	Q 35	Luxação congênita do não especificado do quadril	Q 65.2
Fenda labial	Q 36	Deformidades congênitas do pé	Q 66
Fenda labial com fenda palatina	Q 37	Polidactilia	Q 69
Testículo não descido, não especificado	Q 53.9	Sindactilia não especificada	Q 70.9
Hipospádia não especificada	Q 54.9	Síndrome de Down	Q 90

17- Gravidez, Parto e Puerpério

Gravidez ectópica	O 00	Poli-hidrâmnio	O 40
Aborto espontâneo	O 03	Placenta prévia	O 44
Hipertensão gestacional sem proteinúria	O 13	Infecção puerperal	O 85
Hipertensão gestacional com proteinúria	O 14	Infecção da incisão cirúrgica de origem obstétrica	O 86.0
Pré-Eclâmpsia	O 14.9	Cervicite complicando a gravidez	O 23.5
Eclampsia com HAS pré exigente ou induzida pela gravidez	O 15	Outras infecções dos órgãos genitais subseqüentes ao parto	O 86.1
Vômitos excessivos na gravidez	O 21	Fissuras do mamilo associadas ao parto	O 2.1
Infecção do trato geniturinário na gravidez	O 23	Hipogalactia	O 2.4
Diabetes mellitus na gravidez	O 24	Anemia complicando a gravidez o parto ou puerperais	O 9.0
Desnutrição na gravidez	O 25		

18- Lesões, Envenenamentos e Causas Externas

Traumatismo superficial da cabeça	S 00	Intoxicação por diuréticos e outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas	T 50
Ferimento da cabeça	S 01	Efeito tóxico do álcool	T 51
Ferimento do punho e da mão	S 61	Efeito tóxico de solventes orgânicos	T 52
Ferimento da perna	S 81	Efeito tóxico de derivados halogênicos de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos	T 53
Ferimento do tornozelo e do pé	S 91	Efeito tóxico de corrosivos	T 54
Luxação, entorse e distensão de região não especificado	T14.3	Efeito tóxico de sabões e detergentes	T 55
Corpo estranho no ouvido	T 16	Efeito tóxico de metais	T 56
Corpo estranho no trato respiratório, parte não especificada	T17.9	Efeito tóxico de outras substâncias inorgânicas	T 57
Corpo estranho no trato digestivo	T 18	Efeito tóxico do monóxido de carbono	T 58
Queimadura e corrosão, parte não especificada do corpo	T 30	Efeito tóxico de outros gases, fumaças e vapores	T 59
Intoxicação por antibióticos sistêmicos	T 36	Efeito tóxico de pesticidas	T 60
Intoxicação por outras substâncias antiinfecciosas ou antiparasitárias sistêmicas	T 37	Complicação mecânica de DIU	T 83.3
Intoxicação por hormônios, seus substitutos sintéticos e seus antagonistas não classificados em outra parte	T 38	Outras Complicações de dispositivos protéicos, implantes e enxertos geniturinários	T 83.8
Intoxicação por analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos não-opiáceos	T 39	Outras Complicações Subseqüentes a imunização	T 88.1
Intoxicação por narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos)	T 40	Efeito Adverso não Especificado de Drogas ou Medicamentos	T 88.7
Intoxicação por anestésicos e gases terapêuticos	T 41	Contato com outros líquidos quentes	X 12
Intoxicação por antiepilépticos, sedativos-hipnóticos e antiparkinsonianos	T 42	Queda do mesmo nível	W 00
Intoxicação por drogas psicotrópicas não classificadas em outra parte	T 43	Queda de árvore	W 14
Intoxicação por drogas que afetam principalmente o sistema nervoso autônomo	T 44	Mordedura de rato	W 53
Intoxicação por substâncias de ação essencialmente sistêmica e substâncias hematológicas não classificadas em outra parte	T 45	Mordedura ou golpe provocado por cão	W 54
Intoxicação por substâncias que atuam primariamente sobre o sistema circulatório	T 46	Mordeduras e picadas de insetos e de outros artrópodes não venenosos	W 57
Intoxicação por substâncias que atuam primariamente sobre o sistema gastrointestinal	T 47	Contato com abelhas, vespas e vespões	X 23
Intoxicação por substâncias que atuam primariamente sobre os músculos lisos e esqueléticos e aparelho respiratório	T 48	Contato com animais e plantas marinhos venenosos	X 26
Intoxicação por substâncias de uso tópico que atuam primariamente na pele e as mucosas e por medicamentos utilizados em oftalmologia, otorrinolaringologia e odontologia	T 49	Contato com animais ou plantas venenosas não especificado	X 29

19- Sinais e Sintomas não Classificados em Outra Parte

Sopros e outros ruídos cardíacos	R 01	Retenção urinária	R 33
Tosse	R 05	Tontura e instabilidade	R 42
Dor abdominal e pélvica	R 10	Febre de origem desconhecida	R 50
Náusea e vômitos	R 11	Cefaléia	R 51
Pirose	R 12	Síncope e colapso	R 55
Disfagia	R 13	Edema não especificado	R60.9
Dor associada à micção	R 30	Anorexia	R 63.0

Bibliografia do apêndice 2 (CID 10 / CID's + comuns)

CID 10 (Código Internacional das Doenças) – 2008

Adaptações:
Dayson Salvino

Apêndice 3: Siglas e Abreviações Usadas no Livro

A
ABD: água bidestilada
ACM: A critério médico
AD: Átrio Direito
AE: Átrio Esquerdo
AESP: Atividade elétrica sem pulso
Amp: Ampola
ATB: Antibiótico

B
BAV: Bloqueio átrio-ventricular
BC: Bloqueador de Canal de Cálcio
BEG: Bom estado geral
BIC: Bomba de infusão contínua
BRD: Bloqueio de ramo direito
BRE: Bloqueio de ramo esquerdo

C
Ca: Cálcio
CID: Código Internacional das Doenças
CN: cateter nasal
Cp: comprimido
Cr: Creatinina

D
D: diurético
DHI: Dia de internação hospitalar
DOBUTA: Dobutamina
DOLA: Meperidina (Dolantina®)
DPO: Dia pós-operatório
DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

E
EAS: Elementos anormais e sedimentos

ECG: eletrocardiograma
EDA: Endoscopia Digestiva Alta
Env: envelope
EV: endovenoso

F
FA: Fibrilação Atrial
FV: Fibrilação Ventricular

G
GGT: gamaglutamiltransferase

H
HD: hipótese diagnóstica
HDA: Hemorragia digestiva alta
HDB: Hemorragia digestiva baixa

I
IECA: Inibidor da enzima conversora da angiotensina
IM: intramuscular
IO: intraósseo
IV: intravenoso

K
K: potássio

L
LDH: Desidrogenase láctica

M
Max: máximo
Mg: Magnésio
Min: mínimo
Mmii: membros inferiores
Mmss: membros superiores

N
Na: Sódio
NORA: Noradrenalina

P
PA: pressão arterial
PAM: Pressão arterial média
PBE: peritonite bacteriana espontânea
PCR: proteína C reativa ou reação em cadeia de polimerase

PCR: Parada Cardiorespiratória

R
RX: Radiografia

S
SCV: Sistema Cardiovascular
SF: Soro fisiológico
SGH: soro glicosado hipertônico
SGI: Sistema Gastrointestinal ou Soro glicosado isotônico
SMZ: Sulfametosazol
SN: Se necessário
SNG: sonda nasogástrica
SNE: sonda nasoentérica
SR: Sistema Respiratório
SVA: Sonda vesical de alívio
SVD: Sonda vesical de demora

T
TC: Tumografia Computadorizada
TMP: Trimetropina
TV: Taquicardia Ventricular

V
VHS: Velocidade de hemossedimentação

U
Ur: Uréia
U: Unidade
US: Ultrassom

V
Vit: Vitamina
VO: Via oral